ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

GIÀ COMPILATI DAI

Dottori OMODEI, CALDERINI E GRIFFINI

ORA DIRETTI DAL DOTTOR

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica
Prof. Rovida } Medica
Prof. A. Corradi = Medicina pubblica

Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati }
Dott. Porro = Ostetricia

VOLUME 232

Maggio 1875

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1875

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

INDICE DEL FASCICOLO

Parte Originale.

FERRINI. Nuovo contributo alla storia clinica della difterite, basato sui casi osservati in Tunisi nel 1874 . . . . . pag. 193
BOZZOLO. Il tubercolo solitario della dura madre — (con tavola litografica) . . . . . » 243
MORI. Sopra alcune alterazioni congenite dell' organo dell' udito — (con tavola litografica). (Continuazione e fine) . . . » 250

Rivista.

Rivista di Terapeutica e di Farmacologia del dott G. B. Soresina » 260
Il jaborandi. — Cronaca . . . . . » 261
AIMÉ-MARTIN. Sull'azione fisiologica delle injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina . . . . . » 280
VOISIN. Della cura della pazzia colle injezioni sottocutanee d' acetato e di cloridrato di morfina, come è prescritto a Illenau » 281
BOURNEVILLE. Rivista sul monobromuro di canfora . . » 284
SCHLIEP. Dell'uso della pompa stomacale . . . . . » 288
RÖHRER. Dell'idroterapia nelle affezioni infiammatorie dell'encefalo » 288
LITTLE. Cura di alcuni sintomi del periodo consecutivo della tisi polmonale . . . . . » 289
LUTON. Uso dei cianuri nella cura del reumatismo articolare acuto » 290
WEILL. Del croton-cloralio idrato . . . . . » 292
TOMMASI. Nota sul croton-cloralio . . . . . » 293
GUBLER. Dell'azione della conicina sulla sensibilità cutanea . » 294
DUJARDIN-BEAUMETZ. Nota sull'azione terapeutica dell'apomorfina » 295
DUJARDIN-BEAUMETZ. Sull'azione fisiologica e terapeutica dell'apomorfina . . . . . » 298
ORÉ. Dell'anestesia chirurgica colle injezioni intravenose di cloralio . . . . . » 299
HIGGISON e HALL. Cura del cholera colle injezioni sottocutanee di idrato di cloralio . . . . . » 300
BOUYER. Dell'uso dei preparati arsenicali nella cura delle malattie del cuore . . . . . » 301
ROUBAUD. Il bromuro di litio . . . . . » 303
LANDOWSKI e DURAND. Del kumis . . . . . » 304
RIVA. Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo della pleurite . . . . . » 306
DORVILLE. Cura delle febbri intermittenti col solfato di chinina associato all'alcool . . . . . » 307
DORVILLE. Acido salicilico quale disinfettante . . . » 308
WAGNER. Acido salicilico nella difterite . . . . . » 309
DOUGLAS. Acido fenico e malattie zimotiche . . . . » 309
LEWALD. Terapeutica dei neonati per mezzo del latte della loro nutrice . . . . . » 309
FRAECKEL. Il nitrito d'amile contro la cardialgia . . . » 310
HENNEBERG. Il bromo nella cura del carcinoma dell'utero . » 311
DAL MONTE C. Storia di un caso di occlusione intestinale guarita coll'elettricità . . . . . » 311
KLINGELHOEFFER. L'acido fenico nella pustola maligna . » 311
SCÜLLER. Del nitrito d'amile contro gli effetti del cloroformio » 311
LADENDORF. Dell'azione del nitrito d'amile sui corpuscoli del sangue e sulla temperatura del corpo durante l'inalazione di questa sostanza . . . . . » 212

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

Vol. 232. — Fasc. 695. — Maggio 1875

Nuovo contributo alla storia clinica della difterite, basato sui casi osservati in Tunisi nel 1874; *dal dott.* GIOVANNI FERRINI.

> L'agitare le scienze e metterle in controversia non è sempre maligno pensiero d'animo arrogante e desideroso di novità, ma nasce non di rado da quel sincero amore del vero, che scalda i petti degli uomini non insozzati da vizj e corrutele.
>
> BUFALINI.

> La parte più utile della medicina è la storia ingenua di ciò che giova e di ciò che nuoce.
>
> SARCONE.

La mia memoria che pubblicai l'anno scorso nello *Sperimentale* di Firenze (1), nella quale tentai di passare in rassegna tutto ciò che mi venne dato d'osservare in Tunisi durante il dominio epidemico della difterite nel 1872-73, oltre avere avuto la sorte di ottenere per la stampa e per lettere il suffragio e gl'incoraggiamenti di giudici competenti, m'ha procurato di potere conoscere eziandio le più valide obbiezioni che si possono fare ai concetti clinici da me esposti su quella malattia. Perciò mando agli uni ed agli altri i più vivi ringraziamenti. Io amo le serie obbiezioni, e desidero che i dubbi, i quali s'impongono nelle questioni scientifiche si facciano immediatamente valere, affinchè dal conflitto delle opinioni siano dissipati gli errori, e scaturisca la tanto sospirata verità.

(1) Ferrini. « Storia clinica della difterite, osservata nella città di Tunisi » negli anni 1872-73. Ved. « Sperimentale » fascicolo di agosto e settembre 1874.

Quantunque i pregievolissimi lavori pubblicati in proposito, e che eccitarono in molti medici una santa emulazione per venire in soccorso di tanti innocenti fanciulli, che coll'estinzione della loro vita troncavano ai genitori le più belle speranze, ci abbiano messi sulla buona via, pure regna ancora una sconfortante diversità d'opinioni sulla natura del male e del metodo curativo; per cui avvi sempre vero bisogno di sapere qualche cosa che sia il risultato di coscienziose osservazioni e di severe esperienze comparative. Per questo scopo ho creduto bene portare anche quest'anno col presente ragguaglio il mio piccolo contingente di osservazioni, quale nuova offerta nel tempio venerando della scienza, giacchè in Tunisi non può dirsi ancora liquidata la dolorosa pendenza della difterite; essa continua a dare qui come in Europa ricco materiale di studio. Dei casi clinici raccolti nel 1874 io non dimenticherò alcuno, ma raccoglierò quelli principalmente che si prestano ad una giusta interpretazione scientifica, non chiedendo loro più di quello che possono dare, affinchè siano apprezzati pel loro giusto valore. Solo in questo modo possiamo arrivare a completare o rettificare le attuali cognizioni cliniche sulla difterite.

Dall'invasione epidemica del 1872-73 in poi, cioè durante tutto il 1874, la difterite si mantenne pressochè stazionaria con un andamento a balzi, che non trovava ragione nè nella pioggia, nè nel buon tempo, nè nelle differenti stagioni, nè nelle differenti temperature, nè nelle differenze dei venti, precisamente come era stato osservato negli anni antecedenti.

Io non ho giammai mancato d'interrogare gli ammalati, o i loro parenti, che venivano alla mia osservazione, sulle cagioni speciali che potevano avere predisposto alla difterite, ed ho verificato sovente non esistere una causa certa, e che soltanto alcune volte esistevano le cause reumatizzanti.

Anche in quest'anno i fatti mi confermarono sempre più essere la difterite *contagiosa*. Una volta entrata in una famiglia si propagava colla massima facilità da uno all'altro membro della medesima. Conosco poi alcune contrade della città, che potrebbero chiamarsi vivai del morbo, per la frequenza dei casi e pel numero delle vittime, quantunque le condizioni igieniche siano migliori di altri luoghi, che furono meno bersagliati.

Anche nel 1874 l'infanzia offrì il maggior contingente della malattia, scegliendo le sue vittime fra quelli d'età più tenera. La dif-

terite è più micidiale in questa età che negli adulti, non soltanto per la minore resistenza organica, ma anche per la maggiore disposizione ad assorbire il veleno difterico, e per conseguenza la pronta infezione generale che ne deriva. Ciò non ostante quest'anno abbiano registrato varii casi miti anche nei bambini, ciò che era una eccezione nei due anni antecedenti. Tale differenza verrebbe forse spiegata dall'avere il morbo rimesso dalla sua fierezza.

Ma qui qualch' uno mi dimanderà: Quali sono le analogie e le differenze fra la epidemia difterica osservata in Tunisi, a raffronto con quelle state osservate in altre parti d'Europa? Da quanto lessi in varii lavori pubblicati in Italia, in Francia ed in Germania, confrontati colle mie osservazioni, sono indotto a credere che la epidemia difterica di Tunisi differisca da quelle d'Europa, perchè quà la forma predominante fu e continua ad essere la mite, checchè ne dica qualche collega che, per farsi bello delle guarigioni ottenute a buon mercato, vede dappertutto casi gravi.

La forma grave, che quà non è frequente, sembra essere stata la predominante in varie città d'Europa, ove vi furono anche varii casi ipertossici, che fortunatamente furono eccezionali in Tunisi. Per il lato della sintomatologia di queste diverse forme, già da me diffusamente descritte nella mia prima memoria, sembrami non esistere differenza nei casi osservati in Tunisi confrontati con quelli d'Europa. Così pure rispetto alle successioni morbose speciali alle quali solevano dar luogo; tuttavia più rari erano e continuano ad essere quà i casi di paralisi successive, come vedremo più avanti, di guisa che sono autorizzato dalle mie osservazioni a ritenere che in Tunisi la paralisi non segue la difterite con quella frequenza colla quale occorre in Europa, massime in Francia. Il sig. Roger, nel suo pregevole scritto su questo argomento, valuta la frequenza delle paralisi ad un terzo dei casi nei quali la vita si prolungò in modo bastante da permettere la sua occorrenza (1). Questa minore frequenza osservata in Tunisi, può forse anche dipendere dalla stessa prevalente forma mite, giacchè checchè ne dicano alcuni autori, io non ho mai osservato la paralisi nei casi leggieri. Ammetto però che i fenomeni di paralisi, più o meno estesa, non sempre corrispondano alla gravezza della malattia precedentemente sofferta; poichè se in alcuni casi gravi, che io osservai, vi furono paralisi, in altri parimenti, e forse maggiormente gravi, mancò questa successione morbosa. Perciò con-

(1) Roger. « Récherches sur la paralysie diphtérique ». — « Archives de médecine 1862. Vol. 1.

chiudo, che sebbene sia necessaria l' infezione generale, per lo meno abortiva, nell'organismo per avere luogo il fenomeno delle paralisi difteriche, pure non esiste in apparenza connesso in proporzione colla violenza dell' infezione generale. Gli esiti in Tunisi furono eziandio nelle stesse forme gravi, come vedremo, più fortunati che in Europa; forse perchè su qnesta spiaggia africana il male non era a corso così rapido, come quello descritto nei paesi civilizzati; perciò anche gli argomenti terapeutici mostrarono maggior profitto. Nè ciò deve meravigliare, perchè come faceva riflettere l'egregio dott. Giacchi: « Tutte le malattie, a seconda delle diverse località ove regnano, si modificano non di rado in taluno dei loro attributi in modo da trovare, nei vari compensi terapeutici secondari, ora maggiore, ora minore vantaggio, anche astrazion fatta dall'opportunità in cui possono venire usati (1) ».

Però sotto la diversità di forma dipendenti dal maggiore o minor grado della malattia, noi troviamo sempre l' istessa difterite eguale in tutti i paesi, che non ha punto cangiato dall'epoca in cui la storia ci fornisce i primi documenti di questo morbo. È della difterite come del vajuolo che, confluente o discreto, benigno o maligno, è sempre vajuolo. E in quella maniera che il vajuolo semplice può comunicare il vajuolo confluente, così la difterite mite può comunicare la grave ed anche l' ipertossica (2), e viceversa. Ciò prova che la natura sempre eguale a sè stessa, da una cagione identica, cioè dal contagio, ha prodotto in tutte le parti del mondo un identico effetto. Ma se i fatti, sui quali noi cerchiamo sempre di basare le nostre teorie, rimangono pur sempre, imperocchè la natura e le leggi del corpo umano sono sempre le stesse, da che dipende, mi si dirà, che con un principio unico, un identico contagio, in un individuo e in una data località producasi a preferenza una forma che l'altra? Ciò spiegasi benissimo colla diversa disposizione individuale e colla diversa costituzione cosmo-tellurica; precisamente perchè i prodotti di questo unico contagio si modificano a seconda del terreno in cui fu gettato.

Ritornando ai difterici del 1874 ebbi fra questi cinque recidive: due avevano già avuto la malattia nel 1873 e tre nell' istesso 1874. Fra i malati che recidivarono furono quelli soltanto che avevano

(1) Giacchi. « Un' altra parola sulla difterite. » Ved. « Sperimentale » an. XXV, 1873.

(2) Quando la malattia si svolge acutissimamente, cioè con pronto assorbimento, che conduce all'infezione generale ed alla morte, allora io dò alla difterite il triste battesimo di *ipertossica*.

avuto la malattia sotto forma mite; però le recidive avevano sempre un andamento meno mite o più grave che quando il male si manifestava la prima volta. Con ciò non voglio asserire che la forma grave non sia soggetta a recidiva.

Anche nel 1874 le angine catarrali semplici e parenchimatose, colle varie gradazioni, erano frequentissime come nei due anni antecedenti, ed erano sovente causa d'allarmi nelle famiglie e di gloriose gesta al ciarlatanismo.

Io non istarò ora a descrivere minutamente la difterite ne' suoi fenomeni clinici, perchè sarebbe l'istesso che il volere ridire quanto ho già pubblicato nella mia prima memoria. Avvi un punto però della sintomatologia sul quale credo necessario richiamare l'attenzione dei colleghi per rettificare quanto io aveva scritto l'anno scorso con queste precise parole: « Il primo fenomeno che ordinariamente presentavasi nell'esame obbiettivo delle fauci era l'arrossamento vinoso (1) ». Ebbene le osservazioni fatte nel 1874 m'inducono ad una correzione. Il color vinato fa supporre una difterite in corso; però questa diagnosi non è che dubbia, e non acquista un vero grado di certezza, che quando cominciano a comparire le placche. Infatti fra i molti in cui vidi il suddetto colore, non tutti ebbero le placche difteriche che mi attendeva da un momento all'altro; per cui il solo essudato difterico dilegua ogni dubbio diagnostico, poichè costituisce il fatto capitale, il vero sintomo patognomonico su cui il medico deve basare la diagnosi di difterite.

Le osservazioni del 1874 mi fanno ritenere giusta la divisione della difterite da me emessa secondo i quattro gradi di forza, cioè in forma mite, forma d'infezione abortiva, forma grave, e forma ipertossica. Questa divisione è l'interpretazione più legittima dei fatti osservati, ed il lettore, che avrà la pazienza di seguirmi, giudicherà se merita di essere accettata o rigettata.

Il male in quest'anno si presentò 50 volte sotto la forma mite; 3 volte sotto la forma d'infezione abortiva; 9 volte sotto la forma grave, e due volte sotto la forma ipertossica.

Nella *difterite mite* le lesioni sono d'ordine puramente locali. Sebbene nella maggior parte dei casi miti, come già aveva osservato nel 1872-73, le placche non si estendessero molto nelle loro dimensioni, pure potevano, crescendo, diffondersi e coprire qualche volta in gran parte la retrobocca, e ciò non ostante essere mite la malattia,

(1) Ferrini. Memor. cit. Ved. « Sperimentale ». Fascicolo luglio 1874, pagina 19.

come vedremo in seguito. La ragione della mitezza è perchè in questa forma il male è di mera importanza locale, e perciò ma ha che un solo periodo. Tre, quattro, o sei giorni bastavano ordinariamente al corso della malattia; ma anche quando durava qualche settimana era sempre senza sintomi inquietanti.

La forma con *infezione abortiva* sebbene avesse due periodi, pure non imponeva, perchè il primo, cioè il periodo locale era generalmente il più lungo, mentre il secondo, ossia l'infezione generale, era fugace; ma questa forma, come pure la mite, non possono essere conosciute come tali se non dopo alcuni giorni di malattia.

La *forma grave* ha pure due distinti periodi: il primo locale, che non impone che quando diffondesi alla laringe, perchè può uccidere l'ammalato per asfissia anche prima che sorga il secondo periodo, ossia l'infezione generale, la quale è maggiormente favorita, se l'essudato difterico diffondesi alle fosse nasali, come quando eziandio presentasi alle medesime primitivamente, per la maggiore ricchezza di vasi per parte della Schneideriana, d'onde il più facile ed il più pronto assorbimento.

Non così distinti sono i due gradi nella *forma ipertossica*, perchè il rapido generalizzarsi del male a tutto l'organismo, spesso non permette di rilevare bene il punto primitivo locale di partenza. Sono questi casi che indussero illustri clinici a ritenere per primitivo l'inquinamento di tutto l'organismo nella difterite.

Gl'infezionisti primitivi si basano specialmente sul modo di comportarsi della febbre che, secondo essi, non manca mai, nemmeno nei casi miti, e che precede l'affezione locale o quanto meno insorge contemporaneamente. Questa è pure l'opinione emessa non ha guari dall'egregio dott. Gatti, il quale appoggiandosi ad un caso clinico da lui osservato, gli sembrò chiara l'infezione generale prima che si appalesassero placche difteriche ben caratterizzate alle fauci ed alle nari (1). Poichè il mio nome trovasi implicato in questa discussione di molta importanza, credo bene spendere alcune parole in proposito, massime dacchè l'Accademia medica di Firenze si è astenuta sin'ora di pronunziare il suo autorevole verdetto, se la difterite sia primitivamente malattia locale, o generale, cioè *totius substantiae* (2). Nel 1874 ho procurato, se non in tutti nella maggior parte dei miei malati difterici di utilizzare le indicazioni del termometro al cavo ascel-

(1) « Annali universali di med. e chir. » fascicolo gennajo 1875, pagina 90 e 91.

(2) Ved. « Sperimentale » fascicolo maggio 1874, pag. 581.

lare, per giudicare della loro temperatura; ciò che avevo già fatto varie volte anche nei difterici del 1872-73; giacchè ben sapevo che la temperatura per mezzo della mano è sorgente assai facile d'errore e che dal polso non può aversi una misura esatta della febbre. Ebbene anche in quest'anno non mancarono difterici adatti con forma mite, con temperatura normale durante tutto il corso della malattia; e quando in questa età la febbre sorgeva, fu il più delle volte preceduta dai fenomeni locali, mentre i difterici nell' infanzia, tutti senza eccezione ebbero febbre con termogenesi da 39 a 40 C. ed anche più. Questa insorgeva o contemporanea all'affezione locale, o qualche volta la precedeva, come varie altre volte sorgeva poco dopo l'essudato difterico, che sovente veniva scoperto dai genitori per l'abitudine da me suggeritale di guardare ai loro figli tutti i giorni nella gola. Ma il non trovare sempre placche nella cavità orale prima d'insorgere la febbre, non è l' istesso che non esservi, poichè possono esistere dietro i pilastri o nella schneideriana senza essere vedute. Bretonneau (1) aveva già dato un'avvertenza, che fu da molti medici dimenticata, che cioè in alcuni casi gravi la malattia comincia dalle narici, e di quà si estende in modo così insidioso da passare inosservata a tutti coloro che non sieno prevenuti e non stiano sulle guardie contro tale occorrenza. Ecco il perchè un collega in consulto non volle ammettere un diagnostico da me formulato di difterite nasale primitiva, mentre egli credeva trattarsi di semplice angina catarrale, e sì che, a suo dire, aveva veduto più di mille difterici in Francia ed in Algeria senza avere verificato il fatto morboso avvertito da Bretomeau. Disgraziatamente il mio diagnostico non tardò ad avverarsi colla forma ipertossica che fu prontamente letale. Ma di grazia, dirò agli infezionisti primitivi, il dolore di gola, la secchezza, la difficoltà d' inghiottire e massime il rossore delle fauci, verificato anche nella fanciulla citata dal Gatti, non indicano forse la lesa località, cioè un irritazione più o meno forte che può precedere la febbre e l'essudato, e che può durare alcune volte vari giorni? E questi prodromi nell' infanzia devono certamente bastare per destare la febbre, giacchè la mobilità propria del colore a questa età può prontamente elevare la temperatura a gradi maggiori che negli adulti; perciò diceva giustamente Wunderlich: « Nei bambini una temperatura febbrile alta, non ha l'istessa grave importanza che nella pluralità degli adulti ». E più avanti, seguita l' istesso autore: « La temperatura nel maggior numero delle donne, non meno che negli

(1) « Archives Gen. de médecine ». Ian. et Sept. 1855.

uomini di costituzione gracile e di apparenza femminile, si comporta come nei bambini; cioè brusche, alte e dinturne elevazioni termiche in seguito a cause frivolissime (1) ». Perciò spiegasi facilmente la differente termogenesi nella diversa età e differenti costituzioni, differenza che accade anche nella frequenza del polso, come aveva già fatto osservare l' illustre Bouillaud. In un gran numero di malattie, quantunque la febbre sia il fatto primo che cade sotto l'osservazione, pure non è il primo ad accadere, perchè il più delle volte è il sintomo d' un processo locale, che nella difterite mite può mancare, come può sorgere, ciò che accade alcune volte anche nelle più leggiere affezioni locali. Non è quindi a meravigliarsi se alcuni medici credono che la difterite corra spesso apiretica, mentre altri invece ritengono che la febbre non manchi giammai anche trattandosi di casi miti. Questo disacordo fra alcuni autori, ai responsi della clinica osservazione, dipende da ciò, che le osservazioni non furono fatte nelle medesime condizioni di malati. Ecco il perchè i casi osservati dal chiarissimo dott. Faralli e da altri egregi colleghi non collimano colle mie osservazioni. Comunque sia però, la temperatura non indicava mai il grado della malattia, giacchè anche nel 1874 si verificò quanto aveva scritto nella mia antecedente memoria, cioè: « Il più delle volte, non appena comparso l'essudato difterico, il calore della cute misurato al cavo ascellare raggiungeva fino 39 o 40 gradi del centigrado, anche in casi leggeri, e poteva mantenersi tale per due o tre giorni (2) » sebbene in generale suolesse dissiparsi in 24 o 30 ore, come accadde in me per una piccola placca difterica alla tonsilla destra, constatata dai colleghi Bensason e Cotton. All' opposto in qualche caso grave, quando il male era inoltrato, trovai temperatura poco elevata o normale, od al di sotto del normale, massime quando il caso finiva colla morte. E quando in quarta o quinta giornata di malattia presentavasi un nuovo elevamento della temperatura, corrispondeva generalmente alla riproduzione od alla comparsa di nuovo essudato; ciò che dovrebbe accadere diversamente se la difterite fosse l'espressione d'un morbo generale. Insomma la febbre non comportavasi mai come nel vajuolo e nel tifo con corso ciclico, giacchè nei morbi primitivamente infettivi è un fenomeno importante che li accompagna costantemente. Di più nel vajuolo, come in altre esantemi febbrili, la gravità della malattia è sempre in ragione diretta del-

(1) Wunderlich. « De la temperature dans les maladies ». Paris 1872.
(2) Ferrini. Memor. cit. Ved. « Sperimentale ». Fascicolo luglio 1874, pagina 29.

l'eruzione, mentre nella difterite qualche volta con esteso essudato non havvi febbre, nè gravità. Perciò a buon diritto il Wunderlich scriveva: « In nessuna altra malattia acuta la temperatura ha così poca importanza quanto nelle affezioni crupose e difteriche (1) ». Ecco in proposito un caso significante, perchè avvalora sempre più la opinione già da me emessa sull' indole della malattia, cioè mostra ad evidenza che il processo difterico è primitivamente locale.

Osservazione 1.ª — Giuseppina Falca, nubile, d'anni 22, di buona costituzione non soffrì mai malattia d' importanza. Il 7 aprile 1874 ebbe un po' di dolore di gola a cui non fece caso; ma questo essendo cresciuto e la deglutizione facendosi un poco difficoltata (il 9 detto) mi mandò a chiamare per visitarla. La trovai apiretica; l' esame delle fauci mi fece rilevare un essudato difterico che copriva ambedue le tonsille; la mucosa del palato molle ed il fondo della faringe erano d'un rosso vinato; esisteva leggiero gonfiore ganglionare sottomascellare d'ambo i lati.

10 detto. — Passò una buona notte, ma l'essudato si diffuse all' ugola; ciò non ostante la temperatura era normale come anche il polso.

11 detto. — Tutto l'ismo delle fauci e la faringe erano tappezzati dall' essudato difterico, senza aumento dell' ingorgo ganglionare e senza febbre. In questo stato fu veduta anche dal dott. Bensason, e misurai alla sua presenza la temperatura che fu 37,° 5; nè egli sapeva darsi ragione di tanta lesione locale, con tanto silenzio dei fenomeni generali.

12 detto. — Cominciava a spogliarsi l'essudato dall'ugola e dalla tonsilla destra, l'ammalata mantenevasi di buon umore, di mediocre appetito e di soddisfacente benessere generale.

13 detto. — L'essudato all'ugola è separato, e progredisce l' eliminazione anche nelle altre parti. Per evitare i dettagli dell' intiera osservazione, dirò che il miglioramento andò sempre progredendo e che al 17 detto, cioè dopo 11 giorni di cura, era scomparso ogni traccia dell' essudato e da me congedata perchè completamente guarita.

Questo fatto clinico lo credo importante sotto parecchi punti di vista. Primieramente per la sua rarità veramente eccezionale, giacchè un essudato difterico così distinto e così diffuso, da fare credere a prima vista trattarsi di grave difterite, nè io, nè il dott. Bensason non ne vedemmo altri, nè trovai fatta parola in proposito nei diversi

(1) Wunderlich. Op. cit. pag. 375.

lavori che lessi. La quinta osservazione da me narrata nella mia prima memoria (1), sebbene fosse anche assai significante, non lo era però tanto quanto questa. L'argomento precipuo, la febbre, su cui basansi gl' infezionisti primitivi mancò affatto, poichè io non ho mai trascurato due volte al giorno, da principio sino alla fine della malattia, il mezzo diagnostico più sicuro per misurare la temperatura cioè il termometro, il quale durante tutto il corso del male non mostrò che lieve differenza: le oscillazioni furono da 37° a 37°,7, ciò che proverebbe la sua buona costituzione, poichè secondo Wunderlich: « una temperatura che si mantiene al suo livello normale, anche in mezzo a condizioni che potrebbero modificarla, è di solito la prova di buona costituzione ». Nella nostra malata mancavano eziandio la frequenza del polso, la sete e gli altri patimenti subbiettivi che accompagnano la febbre. Esaminata l'orina coll'acido nitrico due volte al giorno, durante il corso della malattia, non vi fu mai precipitato albuminoso. Gl' ingorghi ganglionari sotto-mascellari furono appena percettibili. Insomma tutti i fenomeni erano circoscritti nella sfera dei puramenti locali, perciò annoverai il fatto clinico fra i casi miti. Non vi poteva essere, io credo, un argomento più calzante ed utile per coloro che negano essere il processo difterico primitivamente locale. Da questa osservazione rilevasi eziandio non essere che l'infezione generale dell'organismo che possa far differenziare una difterite grave da una mite, giacchè l' essudato è identico in tutte le forme. Per ciò a buon diritto l' illustre West diceva: « In ogni caso mite o grave la sua caratteristica anatomica essenziale è la medesima (2) ». Io convengo che il fatto narrato sia eccezionale, ma non convengo che i casi eccezionali non valgano a fondare alcuna legge come opina l'egregio dott. Faralli. Anche un sol fatto, bene studiato, nella scienza di osservazione può dare origine ad una dottrina.

A porgere molta luce sull'origine locale della difterite, mi giunge a capello un'altra osservazione appartenente all'amico dott. Bensason che trascrivo colle stesse sue parole:

Osservazione 2.ª — Il dì 8 febbraio 1875 fui chiamato in casa del sig. Naturgi per visitare la sua Signora. Vi andai ed interrogatala

(1) Ferrini. Memor. cit. Ved. « Sperimentale ». Fascicolo luglio 1874, pagina 31.

(2) « Lezioni sulle malattie dell' infanzia e della fanciullezza » del dott Carlo West, membro del collegio med.; Medico all' Ospedale dei bambini a Londra. Versione ital. sulla 5ª edizione inglese pel dott. Pio Blasi, medico degli ospedali di Roma ecc. Milano 1869, pag. 436.

intorno alle sua sofferenza mi disse che erano ormai trascorsi due mesi, dacchè Essa erasi sgravata felicemente di una bambina che nutriva col proprio seno; e che da vari giorni avvertiva de' dolori lancinanti alla mammella sinistra che furono preceduti da brividi di freddo ai quali tenne dietro la febbre ed il vomito.

Esaminatala la trovai febbricitante; la mammella presentava un rossore eresipelaceo, era tumefatta e dolente. Evidentemente trattavasi di un flemmone il quale, mediante la ripetuta applicazione dei cataplasmi ammollienti, venne a maturazione. Inciso ne uscì abbondante quantità di pus-sanguinolento. Nei giorni successivi continuando tuttavia lo stato febbrile ed i dolori alla mammella si formarono qua e là delle ampolle che scoppiando lasciarono uscire della sierosità, ed il tessuto sottoposto non tardò a ricoprirsi di una cotenna biancastra. Queste chiazze di tessuto necrotico si fecero mano a mano più grandi finchè si fusero insieme costituendo una vasta cotenna che occupava quasi la metà della mammella.

Trovasi in questo stato la malata, quando io giudicando il caso di una certa gravezza, dimandai alla famiglia un consulto che fu ben volentieri accettato. Intervennero come medici consulenti i colleghi Tagiuri, Mascarò e Ferrini. Fu ritenuto trattarsi di *difterite cutanea primitiva* sia per la qualità del tessuto necrotico identico all'essudato difterico, sia avuto riguardo al genio epidemico dominante e ad alcuni difterici che già vi furono nella famiglia, sia infine perchè nelle orine furono rinvenute delle traccie d'albumina. In quanto alla cura fu stabilito di sospendere la medicatura solfitica esterna che io aveva già da vari giorni intrapresa senza alcun profitto, ed usare in quella vece una soluzione di cloralio idrato nella glicerina, incominciando dalla proporzione di 10 su 30, e continuare ad amministrarle nell' istesso tempo internamente il decotto di china con qualche goccia d' acido fenico di cui già faceva uso. Seguendo un tal sistema curativo si vide ben tosto arrestarsi il processo difterico, cessare la febbre, comparire una linea di demarcazione fra le parti sane e quelle mortificate; grado a grado spogliarsi la piaga dell'essudato difterico, sorgere dei bottoni cellulo-vascolari di buona natura e questi ben presto convertirsi in tessuto di cicatrice. Mano a mano che procedeva la guarigione fu necessario di diluire la soluzione di cloralio perchè troppo dolore recava alla malata, la cui guarigione fu alquanto ritardata da un altro ascesso ricomparso alla medesima mammella, ma ora fu dimè congedata perchè completamente guarita.

In questo fatto clinico risulta chiaramente che l'infezione generale appena abortiva, comparsa dopo vari giorni, non preesisteva ai sin-

tomi obbiettivi della mammella. Per cui anche da questa osservazione rilevasi chiaramente, che se vi è cosa ben assodata nella storia della difterite, è che la lesione locale precede la generale, perciò non è meraviglia se ora la maggior parte dei medici sono rigorosamente localisti primitivi. Infatti il contagio difterico aspirato per le narici o per la bocca od innestato alla pelle, là prima di tutto, ove trova più favorevoli le condizioni di attecchimento, si ferma e subisce quelle speciali evoluzioni per cui ne viene prima la localizzazione del morbo, che può rimanere tale e risolversi, come può penetrare nei linfatici ed inquinare tutto l'organismo secondo la forma con cui si estrinseca. Nei casi gravi l' essudato difterico è il seme dell' infezione generale, e questa è il frutto di quello; nella forma mite il seme si esaurisce sulla località senza dare frutto. Uopo è dunque accordare meno importanza alla località che all'infezione generale quando questa è insorta. Il criterio poi della potenza infettante della difterite non deve ricercarsi nell'abbondanza dell' essudato difterico, ma nell'organismo nel quale esso si svolge, cioè è necessario tenere conto delle condizioni anatomo-fisiologiche proprie dei diversi individui, che con nome non troppo scientifico chiamansi idiosincrasie. Queste differenze nelle particolarità di organizzazione favoriscono più una forma che l'altra. Il potere determinare in tutti i casi sull' esordire della malattia la forma che sarà per subire il processo difterico, costituirebbe certamente il fondamento più prezioso che si conosca per la prognosi e servirebbe sempre alla fama del medico, se non alla salute dell'ammalato. Ma il medico non arriva a tanto generalmente se non dopo due o tre giorni. A quest'epoca il più delle volte apparisce chiara, massime se la forma è mite, ed allora il dissimulare una speranza abbastanza fondata, od il fingere non sentiti timori, perchè poi appaia più grande il supposto trionfo, macchierebbe quell' onestà che io non so separare dal vero medico. Anche nella istessa forma ipertossica, che è sempre a corso rapido, non può il medico alcune volte pronunziarsi per la medesima nel primo giorno, piuttosto che per la forma grave, perchè sebbene le condiztoni fisiologiche espresse colle parole robustezza o gracilità, possono grandemente influire sull'esito della difterite, pure alcune volte, per cause affatto incognite, hanno un non so che di vago che ci possono indurre in errore, avvegnacchè la forza di resistenza organica è sommamente varia nei diversi individui.

Il criterio poi dell'infezione generale dell' organismo si ricaverà non dalla febbre, la quale, come vedemmo, accompagna spesso anche la forma mite, ma bensì dall'albumina nell'orina che non riscon-

trasi mai nella forma mite, nè nel primo periodo della grave, potendo perciò persino mancare nel croup, quando questo insorge senza avere varcato i limiti della località, cioè avanti dell'inquinamento di tutto l'organismo, come meglio vedremo in seguito.

Le osservazioni da me raccolte nel 1874 intorno all'albumina nell'orina dei difterici, armonizzano con quelle del 1872-73. Si fa il sentimento intuitivo dell'importanza di questo fenomeno morboso che mi indusse anche in questo anno a studiarlo sotto tutti i punti di vista clinica nei difterici affidati alle mie cure. La mia attenzione fu incessantemente rivolta due o tre volte al giorno nei casi gravi, ed una volta o due nei casi miti e d'infezione abortiva. Se le conclusioni che ne discendono, non saranno pienamente conformi a quelle di altri medici, io lascio ai medesimi il còmpito di rifare la strada sperimentale da mè percorsa e di togliere qualsiasi equivoco sopra questo fenomeno morboso. I fatti su cui basai l'importanza dell' albumina nel liquido orinario dei difterici, sembrami già in numero imponente e di un valore incontestabile per farne una legge, la quale può prestare in questa malattia criteri di molta importanza.

La presenza dell'albumina nell'orina dei difterici aveva già attirata l'attenzione di altri medici, ma le osservazioni anteriori erano insufficienti od incomplete, perciò se non furono inutili furono sterili di utilità pratica per non aver fatto buon governo dello spirito di osservazione, giacchè come diceva l'egregio dott. Fiori: « Fra il fatto quale realmente è, e la interpretazione da noi datagli per rappresentarlo, sovente corre un abisso (1). »

I fatti anteriori non furono bene interrogati e quindi non bene interpretati per poterne comprendere la concatenazione e la ragione. Perciò dissi nella mia prima memoria: « se l' albumina costituisce un fatto morboso d'una certa frequenza nella storia della difterite, come avevano già avvertito gl'illustri Trousseau, Bouchut, Andral, Rayer ed altri, non furono però precisate le circostanze di questo fatto morboso (2). » Perciò conveniva studiare questo fatto, non come si fece per lo passato, ma era necessario dare la spiegazione del fatto, studiandone i rapporti colla malattia, per derivarne utili conclusioni.

Dei 64 casi che io ebbi in cura, in 14 soltanto trovai il precipi-

(1) Fiori. « Del metodo statistico considerato specialmente nei suoi rapporti coi fatti della medicina ». — « Annali univ. di med. » fasc. di novembre 1871, pag. 246.

(2) Ferrini. Mem. cit. « Sperimentale » fasc. di luglio 1874, pag. 33.

tato albuminoso nelle orine, cioè lo rinvenni in tutti quelli in cui era insorta l'infezione generale dell' organismo, e generalmente non prima del terzo giorno di malattia e varie volte a malattia più innoltrata: soltanto nei due casi ipertossici, che vedremo in seguito, in uno riscontrai l'albumina nell'istesso primo giorno e nell'altro nel secondo. Non la riscontrai mai nella forma mite, e se qualche volta alcuni dicono d'averla riscontrata, si fu, credo, nella forma d'infezione abortiva, cioè in quelli che costituirebbero, secondo me, dei casi intermedi fra i miti ed i gravi, che possono di leggieri indurre in errore gli osservatori considerandoli sotto una sola forma. In questi casi l'infezione generale, come già dissi, è di brevissima durata. Ne osservai tre soli nel 1874, due dei quali molto significanti, e sono i seguenti.

Osservazione 3ª. — Una giovinetta undicenne, figlia del signor Giuseppe Alsett, di costituzione fisica alquanto gracile, ma sana, il giorno 11 luglio 1874 accusa dolore di gola, difficoltà d' inghiottire ed ipersecrezione salivare, per cui fui subito chiamato per visitarla. Esaminate le fauci riscontro una placca difterica della grandezza di un 25 centesimi d'argento sulla tonsilla destra. Non vi sono ingorghi ganglionari di sorta; misurata la temperatura al cavo ascellare il termometro segna 37°,5, ed esaminata l'orina non riscontrasi precipitato albuminoso.

La placca andò gradatamente diminuendo, al segno che al sesto giorno di malattia era ridotta alla grandezza d' una testa di spillo, senza esservi mai stato precipitato albuminoso, nè avere mai oltrepassata la temperatura di 37° 10.

Il 17 detto. Dopo 7 giorni di malattia la termometria dà 40 gradi, contansi 122 palpazioni, e nell'orina trovasi notevole precipitato albuminoso. Esaminate le fauci trovo un nuovo essudato difterico sull'istessa tonsilla, ma nessuno ingorgo ganglionare.

Il 18 detto. L'essudato è alquanto diminuito, il termometro marca 37° 10, il polso normale e l'orina non dà più traccia d'albumina.

Il 19 detto. La placca continua a separarsi, temperatura e polso normale; al 21 la guarigione è completa.

In questo caso clinico la malattia si mantenne per sei giorni nei semplici limiti della località, e nel settimo giorno insorse l'infezione generale, che fortunatamente fu di breve durata, cioè abortiva, ma che avrebbe potuto essere di durata maggiore ed allora avrebbe costituito un caso grave dopo avere mostrato, per sei giorni, le apparenze della mitezza.

Osservazione 4ª. — Anche la signora Giulia ved. Nizzen il 18

novembre 1874 ammala di difterite con tutte le apparenze della mitezza, cioè con una semplice placca della grandezza d'una mezza lira d'argento sulla tonsilla destra, senza febbre, con leggerissimo ingorgo sotto-mascellare destro.

21 detto. Dopo quattro giorni di malattia, durante i quali si matenne sempre apiretica, nè vi fu mai precipitato albuminoso nell'orina, l'ingorgo sotto-mascellare era quasi scomparso e la placca era ridotta alla grandezza di un grano di miglio.

22 detto. Sento che nella notte ebbe brividi di freddo e febbre; misurata la temperatura marca 39°. All'esame delle fauci trovo riproduzione dell'essudato sull'istessa tonsilla destra, ingorgo ganglionare sotto-mascellare dell'istesso lato leggermente aumentato, ed esaminata l'orina coll'acido nitrico rilevasi discreto precipitato albuminoso.

23 detto. È apiretica; l'essudato alquanto ridotto, l'ingorgo ganglionare diminuito; esaminata l'orina dà lievissimo precipitato albuminoso.

24 detto. Il miglioramento continua, l'orina non dà più alcuna traccia d'albumina, ed al 25 detto la guarigione fu completa.

Ecco la necessità di esaminare ogni giorno l'orina dei difterici sino a completa guarigione per tenersi sempre in guardia contro la infezione generale dell'organismo, che costituisce il secondo periodo della malattia tanto nell'infezione abortiva, quanto nella forma grave ed ipertossica. Nel primo periodo di queste forme l'albumina manca perchè il male non ha varcato i limiti della località; e può mancare persino in quelli nei quali la morte avvenne in questo primo periodo per asfissia laringea, cioè prima d'essere insorta l'infezione generale. L'albumina nell'orina dei difterici cammina sempre di pari passo coll'infezione generale dell'organismo, di cui è la più fedele espressione. Il West che dà molta importanza all'albumina nella difterite, nelle sue Tavole che rappresentano le condizioni di 34 casi di difteria riusciti fatali, in tutti quelli in cui fu esaminata l'orina fu trovata albuminosa, ad eccezione d'un caso, in cui per croup difterico fu praticata la tracheotomia (1). Il West non indaga la ragione di questa eccezione, la quale per me è chiara, ed è perchè l'essudato difterico erasi diffuso alla laringe, prima che fosse insorta l'infezione generale; morì quindi nel primo periodo del male. È per non avere bene interrogato questo fatto morboso che anche il celebre Trousseau scriveva: « Quantunque interessante sia il fenomeno dell'albumina,

(1) West. Op. cit., pag. 444.

non è possibile sino al presente di tirare una induzione assoluta. Se è permesso di dire, d'una maniera generale, che l' albumina nella difterite si riscontra abitualmente nei casi gravi, vi sono però delle forti eccezioni a questa regola. D'una parte l'albumina si osserva nei casi leggieri; d'altra parte essa manca in alcuni casi serii (1). » La ragione di questa apparente eccezione alla regola, non fu cercata nemmeno da Trousseau. Nel senso scientifico moderno bisogna dire quali sono precisamente queste eccezioni. I casi eccezionali trovano una plausibile spiegaziene seguendo la divisione da me ammessa delle quattro forme, e dei due periodi nella forma grave. I casi leggieri in cui Trousseau riscontrò l'albumina nell'orina devono essere stati casi d'infezione abortiva, ed i casi gravi in cui mancò devono essere di quelli che morirono nel primo periodo per croup diferico avanti che insorgesse l'infezione generale, come nel caso sopra accennato dal West. Da ciò rilevasi che anche l'egregio dott. Bergeron si appoggiò ad una insufficiente osservazione quando disse, che l'albumina nell'orina poteva servire per criterio diagnostico fra croup primitivo e croup difterico. Egli avrà ragione soltanto quando il croup difterico sorgerà nel secondo periodo, cioè quando già è insorta l' infezione generale dell'organismo; ma il criterio diagnostico mancherà quando avrà luogo il croup nel primo periodo, come sopra vedemmo.

Da quanto dissi nella mia prima memoria ed in questa, rilevasi che io presi ad esaminare la questione dell'albumina nei difterici da un lato nuovo, che credo giusto; cioè scoprii che il precipitato albuminoso non è legato intimamente al processo locale difterico, il quale può durare più o men lungo tempo, ma che invece ha la costante correlazione coll'inquinamento generale dell'organismo, ciò che sin'ora non era stato messo in chiaro dagli altri osservatori. Perciò prima non sapevasi perchè in alcuni casi gravi l'albumina mancava, mentre in alcuni casi eccezionali detti leggieri esisteva. Ecco il motivo per cui alcuni credettero alla nessuna importanza di questo fenomeno nella difterite, mentre da altri veniva esagerata al segno da crederla costante in tutte le forme, massime poi durante tutto il corso della forma grave. Se l'albumina mancherà sempre nella vera forma mite, che non deve essere confusa con quella d' infezione abortiva, se mancherà nel primo periodo delle altre forme, e se sarà invece *costante* nel secondo periodo dell'infezione abortiva, della forma grave e dell'ipertossica, avrò, mi lusingo, contribuito a segnare una pagina

(1) Trousseau. « Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. » Deuxième edition. Tom. 1. pag. 391.

di progresso a questo argomento; massime che il progresso non sta sempre nell'aggiungere, ma spesso nel rettificare e nel determinare.

Ma quantunque io abbia potuto constatare clinicamente nella difterite il nesso che esisteva tra l'albumina nell'orina e l'infezione generale dell'organismo, pure non posso dire che l'albumina sia sempre il misuratore del grado dell'infezione generale; poichè anche nel 1874 vidi che la quantità del precipitato albuminoso non era sempre proporzionato alla gravezza della malattia. Prova ne sia che alcune volte osservai abbondante albumina nell'orina di alcuni difterici gravi che guarirono, e una minore quantità in altri che morirono, come aveva già verificato nel 1872-73; forse perchè nella difterite ipertossica, come nella grave di breve durata, vi è ritenzione di una porzione di albumina, cioè non viene tutta espulsa coll'orina. Giova anche avvertire che alcune volte, massime sul principio del secondo periodo, l'albumina si mostra con una certa intermittenza; per cui la necessità d'insistere nell'esame dell'orina fino a perfetta guarigione ed anche sin dopo alcuni giorni della medesima, potendo qualche rara volta avere luogo la recidiva.

Dunque l'albumina nell'orina dei difterici ci fornisce un regolo delicato per imparare a scoprire la legge che regola il decorso di questa malattia. Infatti dalla mancanza e presenza della medesima, come già vedemmo, si possono distinguere la leggierezza e la gravezza, come anche i periodi; si scoprono i miglioramenti ed i peggioramenti, come aveva già osservato eziandio il West, che scrisse: « O l'albumina, andando di pari passo coi progressi successivi del male, va aumentando, o diminuisce a misura che l'infermo gradatamente migliora (1). » Però in alcuni casi la scomparsa dell'albumina non indicava sempre la cessazione del male; poichè se vidi sovente collo scomparire della medesima cessare la malattia, altre volte vidi invece persistere leggiermente i fenomeni locali alla retrobocca anche dopo scomparso il precipitato albuminoso nell'orina; e viceversa altre volte i sintomi obbiettivi cessarono prima dei fenomeni generali. Ma se la scomparsa dell'albumina nell'orina dei difterici non indica sempre la cessazione della malattia, ci rivela però la cessazione dell'infezione generale, come la ricomparsa ci indica la recidiva, e diedi un bel esempio in proposito nella 6ª osservazione della mia precedente memoria (2).

(1) West. Op. cit., pag. 445.

(2) Ferrini. Mem. cit. Vedi « Sperimentale », fasc. di luglio 1874, pag. 35.

Nelle ricerche dell'albumina nell'orina dei difterici bisogna naturalmente star bene all'erta, per evitare tutti gli errori che possono derivare da una non ben condotta osservazione. Bisogna accettare per albuminuria da difterite quei casi soltanto in cui l'albumina scompare colla guarigione della malattia o poco dopo, cioè quei casi in cui il precipitato albuminoso nell'orina fu veramente causato dal processo difterico. Imperocchè se la presenza dell'albumina nell'orina preesisteva alla difterite, per lesione del rene o per alterata pressione idrostatica, come per altra malattia, continuerà a presentarsi questo fenomeno morboso anche durante la forma mite, e potrebbe indurci in errore col farci credere che eziandio qualche caso mite possa presentare l'albumina nell'orina. In una parola, per giudicare dalla presenza della medesima la vera infezione difterica, non bisogna avere altra malattia, cioè bisogna avere contratta la difterite in istato di salute. È necessario altresì fare un riflesso sulle donne gravide qualora venissero invase dalla difterite, perchè anche in queste facilmente si scopre l'albumina nell'orina per paralisi reflessa periodica dei vasi renali, prodotta dall'utero gestante.

Il modo di esaminare l'orina può anche contribuire ad assicurare il risultato o a renderlo erroneo. Ecco come si deve procedere all'esame dell'orina. Versare nella medesima l'acido nitrico adagio adagio e a giusta dose, perchè se l'acido è poco allora una parte della albumina resta indisciolta, e se è troppo allora una parte si ridiscioglie e non si può bene valutarne il quantitativo. Fa mestieri anche attendere alquanto dopo l'esperimento, perchè l'albumina qualche volta impiega un po' di tempo a precipitare. In alcune circostanze dubbie potrebbe impiegarsi l'acido picrico che è il migliore reattivo dell'albumina. Bastando a tale effetto porre in fondo di un tubicino d'assaggi, e per l'altezza di 2 o 3 centimetri, una soluzione di acido picrico saturata a freddo, e facendo cadere alcune goccie di orina da esaminarsi nel liquido accennato; tosto per piccola che sia la quantità di albumina, le goccie di orina scendendo a traverso alla soluzione dell'acido, lasciano dietro a loro come un solco ed una striscia biancastra, di orina coagulata (1).

Dopo queste circospezioni che ho creduto dovere ricordare per evitare ogni inganno, devo esternare la mia sorpresa nel vedere come in alcuni pregievoli lavori moderni sulla difterite, il fenomeno della albumina sia stato posto in non cale come se si trattasse di un

(1) « Annali di chim. appl. alla med. » del Polli. Vedi fasc. di aprile 1874, pag. 234.

fatto morboso insignificante. Io ho creduto invece, dietro le mie osservazioni, di vedere nell'albumina dei difterici un fatto di grande importanza. Perciò d'ora innanzi questo esame non dovrebbe essere trascurato da tutti quelli che trovansi nella favorevole occasione di potere studiare questa malattia, tanto per avvalorare come per rettificare le mie osservazioni. Se la importanza sarà quale venne da me attribuita a questo fenomeno morboso, verrà certamente verificata anche dalle altrui osservazioni; se no tardi o tosto sarà messa in dimenticanza, giacchè al dire di Bacone: « *quae in natura fundatae sunt vivunt et augentur, quae autem in opinione variantur non augentur.* » Frattanto confido che chi sa bene osservare e molto raccogliere possa meglio di quello che io abbia fatto determinare con tutta l'esattezza scientifica il valore reale che l'albumina può clinicamente avere in questa malattia.

Ritornando al decorso clinico dei miei difterici nel 1874, non ho verificato sui medesimi nessun caso di croup, mentre nel 1872-73 ne constatai 6 casi nel primo periodo della forma grave e 5 nel secondo periodo, cioè quando già era insorta l'infezione generale dell'organismo. Però anche nel 1874 ho osservato in consulto alcuni casi di diffusione difterica alla laringe.

Anche le osservazioni di quest'anno mi mostrarono un rapporto costante tra lo sviluppo ganglionare e la gravità della malattia, poichè erano sempre più pericolosi i casi gravi in cui, malgrado il poco essudato difterico, eranvi ingorghi ganglionari, che viceversa. Perciò non mi pento d'essermi espresso nella mia precedente Memoria in questi termini: « Nella difterite grave il sintomo che deve veramente imporre al medico, come con Trousseau fanno rilevare tutti i clinici, è l'ingorgo ganglionare, quando fa rapidi progressi; se poi propagasi al tessuto cellulare circostante e la soprastante pelle colorasi di un rosso eritematoso il prognostico è sempre letale (1). » Ma di questo parere pare non sia il dottor Gatti, il quale scrisse: « A me accadde di osservare un caso nel quale la tumefazione glandolare non presentò coll'infezione generale, rivelata dall' albumina e da una notevole frequenza dei polsi che contemporaneamente mostravansi piccoli e deboli, quei rapporti che il Ferrini asserisce costanti (2). » Il processo locale dell' osservazione che ci narra il dottore Gatti si potè dire finito in undecima giornata, mediante una cura

(1) Ferrini. Mem. cit. Vedi « Sperimentale », fasc. di luglio 1874, pag. 27.

(2) « Annali univ. di med. e chir. » fasc. di gennajo 1875, pag. 90.

ben condotta colle pennellature d'acido fenico in soluzione alcoolica, gargarismi con una soluzione di clorato di potassa, ed internamente decotto di china, ecc. La convalescenza però fu piuttosto protratta e travagliata da doglie nevralgiche alla terza branca del V° di sinistra, le quali cedettero colla chinina. Questo fatto clinico, che il medico Milanese cita contro le mie osservazioni, e che avrebbe dovuto suffragare con un numero maggiore di casi clinici, ha un grande valore, ma un valore negativo, perchè dimostrerebbe appunto dalla leggerezza dell'ingorgo glandulare e dalla scomparsa dell'albumina al sesto giorno di malattia, che il pronostico doveva essere favorevole, mentre sarebbe stato l'opposto se l'ingorgo ganglionare avesse fatto quei rapidi progressi che ho sopra accennati. Anche nella estesa difterite cutanea alla regione mammaria, narrata in questo scritto nella 2ª osservazione, dalla poca e pronta scomparsa della albumina nell'orina e dalla mancanza dell' ingorgo glandulare sotto-ascellare, ha potuto il dott. Bensason formare un favorevole pronostico, che infatti si verificò.

La costipazione in questa malattia è generalmente innocua, perciò finchè il paziente non è incommodato dall' accumulamento dei gas e dei liquidi non me ne occupo. La scarsezza e massime la completa soppressione dell' orina è pure di cattivo augurio in questa malattia, anche quando mancano o svaniscono i gravi segni accennati; tuttavia la prognosi è sovente alquanto difficile, perchè la capricciosa variabilità di terminazione, massime per le paralisi che possono insorgere, come vedremo in seguito, smentisce facilmente il prognostico più razionale.

Sui miei 64 difterici ho osservato due sole volte la paralisi, entrambe nella forma grave, come a tempo debito narrerò. Nella mia precedente memoria io ho emessa l' opinione che questa successione morbosa potevasi riguardare come un fenomeno reflesso. Ma per quanto questa spiegazione mi sembrasse ragionevole, non era che una delle tante ipotesi emesse dai diversi autori senza la minima pretesa in proposito, giacchè i due recenti fatti clinici non mi forniscono materia nè per convalidarla, nè per dare un'altra interpretazione scientifica. Questa incertezza sarà interpretata quale confessione della nostra ignoranza su questa materia, è vero, ma di una ignoranza che non si lascia sedurre od illudere, ed in cui la scienza può trovare uno stimolo a nuove ricerche, giacchè, come saggiamente diceva Montaigne: « *Savoir qu'on ignore est un commencement de science.* »

Io non voglio in questo mio ragguaglio intrattenere a lungo il

lettore sulla natura della malattia per basarvi la cura. Nella mia precedente memoria mi sono bastantemente occupato della natura parassitaria da me anche ammessa nella difterite, diversamente interpretata e rappresentata dagli osservatori. A me sembra che gli argomenti tratti in campo dagli avversari del parassitismo siano insufficienti a combattere quelli che stanno a provarlo. La discrepanza fra gli scopritori del parassitismo è questione affatto secondaria. Coll'accettare il fatto controverso, questo ci fornisce solo la prova che agli occhi dell'uno presentasi sotto l'aspetto di micrococchi, mentre agli occhi d'un altro sotto l'aspetto di batterii, ecc. Or bene, egli è per questo fatto, sotto qualsiasi forma esso si presenti, che per consentimento dei più illustri autori moderni, si impiega oggigiorno la cura antiparassitaria.

Anche nel 1874 non ho esperimentato alcun mezzo preventivo contro questa malattia, perchè nella caterva dei preservativi proposti non credo vi sia alcuno che regga all'esperimentazione. Ma principalmente non ne usai per la ragione già da me detta nella mia precedente Memoria, cioè: « perchè l'usare per anni farmaci preventivi, oltre al potere nuocere, stancherebbe la pazienza di chiunque (1). » Mi limitai invece a prescrivere le più severe regole igieniche, ed ho continuato a suggerire ai miei clienti di guardare tutti i giorni in gola ai loro figli, e non appena vedessero qualche cosa di anormale di chiamare il medico; perchè in questa più che nelle altre malattie è il caso di ricordare il *principiis obsta* del vegliardo di Coo. Quando poi veniva pressato dall'insistenza di volere un preservativo suggerivo l'acido solforoso colla semplice ustione del solfo nelle camere da letto, il qual mezzo gode molta confidenza come disinfettante ed anche come fermenticida ed antiparassitario.

Il punto di partenza della difterite essendo nell'essudato difterico che, come vedemmo, rappresenta il primo anello nella serie degli eventi di questa malattia, dobbiamo rivolgere a questo la nostra prima cura. Ma anche gli antichi, quantunque varii non localisti primitivi, rivolsero su questo la cura primiera e pensarono battere il male in breccia coll'artiglieria dei più ovvii caustici. Sin allora il microscopio taceva e la chimica non s'immischiava; perciò questo metodo che una incompleta osservazione clinica aveva da tanti anni raccomandato era praticato da tutti, e quando si alzarono dei dubbi sulla sua efficacia nessuno poteva credere che due o tre po-

(1) Ferrini. Memoria cit. « Sperimentale », fasc. di settembre 1874, pag. 294.

tessero avere ragione contro tutti. È nella natura stessa delle cose che le scienze non progrediscono che a passi lenti e ben anco falsi, servendo l'errore stesso di scala per giungere alle più utili ed interessanti verità. Ma anche oggidì, che alla cecità della fede si antepongono i lumi della ragione, alcuni pochi facendo buon mercato delle questioni di causa prima e di natura intima della difterite, e rifiutando ciò che la scienza moderna ha definitivamente stabilito, seguono la ereditata consuetudine delle cauterizzazioni sull'essudato difterico. È questa una prova irrefragabile che gli uomlni generalmente sono tenaci delle tradizioni e poco inclinati alle cose nuove. Io pure in passato con sincero amore al vero e coll'animo privo di ogni prevenzione ero un *vrai crayant* delle cauterizzazioni, perchè « inspirato, coma già dissi nella mia prima relazione, dalle auree lezioni di Trousseau » fino allora la causa nella quale risiedeva la malattia e su cui bisognava portare il rimedio mi era ignota. Perciò noi, in passato, eravamo in balia dell' empirismo e delle improvvisazioni terapeutiche che non avevano altra base all'infuori del *Verba magistri*, come ai tempi di Aristotile, dell'arbitrio e della fantasia. Però bel bello, dietro varj infausti risultati, fattasi un pò di luce sopra questo argomento riconobbi che la cauterizzazione nella difterite riposava solo sopra autorità rispettate, e che io l'aveva impiegata perchè mi trovava di fronte ad una malattia per me nuova. Basandomi in seguito sul detto di Galeno: « *Quicumque operam naturae est contemplator, oportet eam credere propriis oculis* » non tardai dietro l' attenta osservazione ed esperimentazione a convertirmi colla maggiore e miglior parte dei miei colleghi di Tunisi a nuovi pensamenti. Per la qual cosa ho combattuto vivamente la terapia delle cauterizzazioni in questa malattia, ed esposi tutte le ragioni scientifiche di questa mia conversione nella mia precedente memoria. A quelli pei quali la cauterizzazione era il cavallo di battaglia nella difterite, spiacque quel mio lavoro, chè tendeva a detronizzare questo metodo. Ma con buona pace di loro, i colpi mortali che per gliultimi studii ricevette la terapeutica delle cauterizzazioni attaccata nelle sue viscere, contribuirono non poco a raffreddarne gli stessi fautori. Con tutto ciò alcuni non si arresero, per cui non sarà del tutto inutile ribadire alcune ragioni per attirare maggiormente l'attenzione dei clinici a meglio risolvere il problema terapeutico. I cauterizzatori portano in campo le molte guarigioni ottenute coi caustici; gli avversarj fanno altrettanto con altri metodi. Ebbene in questi casi bisogna far passare al crogiuolo della critica e dell'espe-

rimento il metodo che si vuole combattere e non lasciarsi ingannare dalle apparenze.

Se consultiamo i lavori che appoggiano le cauterizzazioni invano vi cerchiamo le considerazioni che giudichiamo indispensabili per rilevarne l'utilità. I cauterizzatori non dicono in che maniera e perchè giovano i caustici, mentre saggiamente diceva il Massei: « Il caustico, se si applica sulla falsa membrana già bella e formata, è medicazione effimera od inerte; giacchè non ha potere di disgregare la falsa membrana, nè la riduce, nè può facilitarne il distacco, proteggendo l'essudato medesimo il tessuto su cui s'impianta (1). » Essi non rispondono alle serie obbiezioni degli avversarj, o se rispondono l'Achille delle prove in favore delle cauterizzazioni sono le statistiche; quasi che le serie numeriche invece di invocare il ragionamento dovessero escluderlo. Ma uno sguardo alle varie statistiche dei cauterizzatori, varrà a dimostrare la insufficienza dei numeri in questo campo, giacchè essi non parlano delle differenti forme. Le statistiche per fornire elementi a ricerche medico-scientifiche non devono basarsi su sterili quadri numerici, ma devono circostanziare tanto i casi di guarigione quanto quelli di morte; poichè il criterio del medico deve tener conto, più che del numero, delle qualità dei casi. Altrimenti la statistica non è attendibile, poichè riesce facile strombazzare sulle piazze e su pei giornali di cure portentose ottenute nei difterici coi mezzi più irrazionali e per sino con quelli atti a favorire il depauperamento organico tanto facile a riscontrarsi nella forma grave della difterite. Infatti non ha guari in Napoli si vantò il salasso da qualche medico, e persino l'applicazione di vescicanti sulle braccia, malgrado che le ultime belle esperienze del dott. Cantieri abbiano fatto conoscere che i preparati di cantaridi introdotti nell'organismo animale alterano la crasi sanguigna (2). « Il metodo dei vescicanti, vi dice il dott. Marcellino Piazza, è avvalorato dai fatti ed è sanzionato dalla esperienza, tanto che sulla eloquente cifra di mille e più ammalati di difterite, nei diversi villaggi di Caserta e fuori, appena venti ne sono periti (3) ». Di tal modo si torce il significato scientifico delle statistiche, si

(1) Massei. « Intorno alla cura della difterite ». Vedi « Morgagni », fasc. di luglio 1874. pag. 507.

(2) Cantieri. « Studii sperimentali sulla cantaride considerata come medicamento ». Vedi « Sperimentale », Fasc. 9.° e 10.° del 1874.

(3) « Nuovo metodo di cura della difterite », pel dott. Marcellino Piazza, 1872.

sorprende la buona fede dei colleghi e dei clienti. Per cui a buon diritto scriveva il dott. Fiori: « In questo modo non sarebbe più vero essere le statistiche la logica dei fatti, ma sarebbero i fatti creati da una falsa logica. Non sono cotesti i sussidii che dobbiamo attendere dall' aritmetica — tranelli il più delle volte patentemente improntati di malafede e della vanità di dire quello che niuno può sapere (1) ».

Ritornando alle cauterizzazioni, essendo stato questo il metodo più in voga ed ereditato dai nostri padri, si comprende come molti non poterono svincolarsi dalle pastoje delle consuetudini, per cui finì per divenire l'arma prediletta dei più. Ma è da desiderarsi osservazioni rigorose da medici di indiscuttibile probità scientifica e da ogni lato inattaccabili che diano valore a questo piuttosto che ad altro metodo, altrimenti non persuaderanno che il volgo. « Volgo in medicina, diceva l'illustre Coletti, sono tutti i non medici, poi molti anche medici, e peggio i malati che vogliano farla da medici (2) ». Perchè il lettore si formi una giusta idea della massima che signoreggiava in Tunisi, ma che ora va perdendo terreno, dirò che da molti dicevasi: « senza cauterizzare colla pietra infernale non si può guarire la difterite ». Miserabile cecità, favorita dalla insidiosa insinuazione d'un sol medico che fece sulle piazze l'apoteosi della causticazione! Basti il seguente racconto per accorgersi come egli sappia usufruttare l'imperizia della semplice e credula moltitudine basandosi sulla sua molti-lustre esperienza. — Nel mese di maggio mi moriva affetto da difterite con forma grave un bambino di tre anni, figlio del sig. Teodoro de Montes, e benchè fosse stato questo il primo caso disgraziato che ebbi nel 1874, pure questo zelante collega, al quale nel solo mese d'ottobre morirono di difterite quanti e forse più ne perdei io in tutto quest'istesso anno, azzardò dire in presenza di più persone queste precise parole: « Ecco una nuova vittima del metodo curativo del dott. Ferrini, e quante altre! Non la vogliono capire questi signori medici che ci vuole la pietra infernale, ben inteso (mostrando la sua destra) maneggiata da queste mani ». Io mi astengo dal qualificare queste parole, ma gli imparziali della nostra casta diranno se questo è il linguaggio della scienza e dell'uomo onesto. Non è quindi meraviglia se io abbia trovato, fra i molti miei clienti, qualch'uno che voleva impormi di cauterizzare.

(1) Fiori. Mem. cit. Vedi « Annali univ. di med. » fasc. di dicembre 1871, pag. 509.

(2) Coletti. « Galateo de'medici e de'malati.

In questo paese di superstizioni, di pregiudizi e di miracoli, la medicina che veste l'abito dell'impostura e del ciarlatanismo trova facili ammiratori. Gli uomini quanto più sono digiuni della scienza e quanto più sono ingenui, tanto più amano il maraviglioso e sono abbagliati dalle millantazioni di certi taumaturgi, che loro dicono con ghigno beffardo, che chi muore per difterite muore per sua colpa o per colpa dei genitori che non lo fecero subito cauterizzare. La singolare e cieca credulità per parte del volgo, divisa pur troppo qualche volta da persone istruite, fa ravvisare nel *lapis infernale* qualche cosa d'improvviso, di potente, di straordinario che crede atto a fare abortire il male; in una parola per alcuni creduloni forma il *tocca* e *sana*, il *Verbo* della cura, l' *arca* di salvamento! A che serve quindi lambiccarsi il cervello, consumare le migliori forze a percorrere la difficile e faticosa via della pratica per cercare un metodo curativo in questa malattia quando quello trovato già da tanti anni sino da Areteo, è il migliore, e trionfa miracolosamente anche malgrado le nuove conquiste terapeutiche?! Noi, del resto, non cesseremo d'essere fieri dei progressi della scienza e di seguirla nella buona strada, quella del positivismo; e basandoci su questo cerchiamo di resistere ancora una volta all'empirismo e all' irragionevole autorità, colle sole armi che sa apprestare l'amore del vero.

Or bene; la cura cauterizzante è buona, è conforme alle esigenze della scienza e dell'arte o non lo è? Se è buona perchè dopo qualche secolo di prova da tutti si chiede come un bisogno dell'umanità, un metodo che corrisponda veramente in tutte le forme di questo morbo? La lugubre risposta che l' illustre Corvisart dava a Napoleone I, qualificando la difterite: « *Mal horrible et incurable* », dipinge al vero l' impotenza della terapeutica d' allora, che era appunto quella delle cauterizzazioni. Dunque la cura cauterizzante è basata su male interpretate osservazioni, poichè se è difficile osservare bene, non è più facile saper bene intendere l'osservazione, allontanando ogni causa d'errore per tirarne poi nette conseguenze. In una parola è basata principalmente su quei casi miti che guariscono con tutti i metodi e senza alcuna terapia, e che accrebbero la lista delle guarigioni strepitose del ciarlatanismo. Tutti quelli che studiarono attentamente l'azione dei caustici in questa malattia senza esser legati ad un partito, furono condotti a riconoscerne i danni. Perciò essendo la cura dei caustici in questa malattia priva di ogni buon risultato è una profanazione della scienza. Ecco perchè malgrado il dogmatismo aforistico di qualche medico pei caustici fu scossa la fede da me in passato riposta in questi, ed avendone

fatto una questione di coscienza, mi vi opposi ostinatamente preferendo rinunziare ai clienti che pretendevano farmi pressione. Io seguirò sempre la massima di uno dei più grandi filosofi odierni: » La sincerità scientifica non conosce le menzogne prudenti. » Però le mie parole non possono essere dirette a quei medici coscienziosi che ancora continuano, per intima convinzione, col metodo dei caustici in questa malattia. A costoro che ricercano il vero, diremo d'applicare migliore analisi ai fatti, diffidando della realtà di certi fatti che spacciansi come risultati di chiara e costante osservazione. Imperocchè fra le scienze sperimentali non v' ha alcuna la quale, come la scienza medica, offra così frequente il curioso fenomeno del credersi lo sperimentatore con tutta buona fede d' aver prodotti, con alcuni mezzi terapeutici, certi benefici effetti che non ha punto prodotti, mentre non s' avvede di quelli che ha prodotti realmente. Perciò vorrei che si rivedesse di nuovo la massa dei fatti clinici con una prodigiosa comparazione, poichè nella apprezzazione dei fatti in favore dei caustici può avervi avuta gran parte una fervida immaginazione o un' idea preconcetta di voler vedere bene. Prova ne sia che, dopo vario tempo che io aveva rinunziato alla cauterizzazione nella difterite, son venuto ad un nuovo sperimento con questa, non per far atto di pentimento di averla smessa troppo presto, ma perchè ho voluto trasportarmi un'altra volta su questo terreno, facendo una esperienza comparativa per meglio constatare ciò che vi era di vero e di infondato sull' efficacia della cauterizzazione, onde meglio risolvere il problema terapeutico. Ecco integralmente il fatto clinico.

Osservazione 5.ª — Francesca Bussetta, d'anni 30, di temperamento linfatico, di gracile costituzione, cameriera di mia moglie; il dì 12 marzo 1874 prova leggiere sofferenze alla gola, ma non ne fa calcolo.

Il 14 detto. — Le sofferenze aumentano e comparisce alla parte media della tonsilla destra una placca difterica bianco-giallognola della grandezza approssimativa d'una mezza lira d'argento. Non aveva febbre, nè alcun ingorgo ganglionare al collo. Le prescrivo alcool fenicato per pennellazione ogni due ore sulla placca, alternando con gargarismi d'acqua seconda di calce.

Il 17 detto. — Cioè dopo tre giorni di detta cura, la placca è totalmente scomparsa; ma ne comparve un'altra piccola quanto una lenticchia sulla tonsilla sinistra, che cauterizzai colla pietra infernale.

18 detto. — La placca è alquanto ingrandita, e poche linee al di sopra di questa se ne aggiunge un' altra della grandezza di una

moneta di 25 centesimi d'argento; le cauterizzo entrambe col *lapis infernale*, ordinando ogni due ore l'istesso gargarismo coll'acqua seconda di calce.

19 detto. — Le due placche sono unite in una sola e l'essudato difterico tende ad estendersi sempre più; ciò non ostante la malata mantiensi apiretica, ed esaminata l' orina coll' acido nitrico non riscontro precipitato albuminoso; per cui persisto colla cauterizzazione.

20 detto. — L' essudato è maggiormente diffuso; vi ha leggiero ingorgo ganglionare alla regione sotto-mascellare sinistra; la termogenesi è 39,°10, polso 98, ed il mio interprete mi avvisa che passò una notte assai inquieta. Esamino l'orina, e non v'è punto albumina. Prescrivo pennellazioni coll'alcool fenicato sull'essudato difterico, alternandole ogni due ore col gargarismo solito ed internamente decotto di china con solfito di soda da prendersi una cucchiajata ad ogni ora.

21 detto. — La temperatura è 37°,5, polso normale, l' ingorgo ganglionare non è aumentato; l' essudato difterico mantiensi presso a poco all'istesso grado; non avvi albumina nell'orina. Faccio continuare l'istessa cura.

22 detto. — L'essudato è in gran parte eliminato; svanito è l'ingorgo sotto-mascellare; l' orina non dà traccia alcuna d' albumina. Continuasi l'istessa cura.

23 detto. — Continua il miglioramento e persistendo coll'istesso metodo curativo al 25 la guarigione era completa.

Questo caso fu osservato anche dall'egregio collega dott. Bensason a cui parve l'esperimento significante.

Osservazione 6.ª — Questa appartiene al dott. P. Agius di Malta. Trattavasi d' una giovane di 25 anni affetta da difterite nel mese di novembre 1869, che si presentò con una placca pseudomembranosa di colore grigiastro sulla amigdala sinistra, con gonfiore al collo, leggiero sì, ma visibile all'occhio. « Ciò posto, scrive Agius, essendo l'ammalata di una età da potere comprendere l'importanza della cura, cauterizzai ben bene colla pietra infernale, che aveva con me, la falsa membrana, ordinando all'istesso tempo i soliti gargarismi con acqua di calce alternati con quelli di clorato di potassa, del decotto di china internamente, vino generoso e dieta nutriente. L'indomani vidi, che altre placche esistevano sull' altra amigdala e verso la parete della faringe. Volendo fare un paragone tra la cauterizzazione ed i dissolventi locali, non cauterizzai le nuove placche ed insistetti sui gargarismi. Ebbene, ora che dopo quattro giorni di energica cura l'ammalata è convalescente, posso accertare,

che io vidi detergersi meglio e più presto quelle placche che non furono cauterizzate (1). »

Un altro caso clinico molto significante, e utile al nostro proposito, venne narrato dal chiarissimo dott. Massei, a cui fu presentato dal suo amico dott. De Cunzo. Eccolo colle stesse parole del Massei:

Osservazione 7.ª — « Si trattava d'un bambino che aveva avuto la scarlattina e le forme d'una angina difterica secondaria che suole accompagnarla: ambo le tonsille erano state sede del male, ma quella di destra prima e la sinistra di poi. Vi anticipo che i fenomeni furono egualmente gravi nei due lati, e forse più intensi a sinistra.

« Un medico che aveva preceduto il De Cunzo, aveva più volte cauterizzata col lapis infernale la sola amigdala destra.

« Subentrato il mio amico trovò la diffusione a sinistra e si contentò di far detersioni con acqua di calce e allungate soluzioni alcooliche di acido fenico. Fui io pure invitato dal collega per assistere allo strano contrasto che per un puro caso presentavano le due metà della gola di quel ragazzo: la tonsilla destra (quella cauterizzata) era quasi tutta cangiata in una poltiglia necrotica, fetida, i linfatici retrocervicali flogosati e suppuranti. La tonsilla sinistra (la più umanamente trattata) era già bella e ridotta nel suo volume, nè presentava traccia di gangrena o flogosi postume (2) ».

I fatti clinici narrati sono troppo pochi, mi diranno i fautori della cauterizzazione, per decidere il problema terapeutico. Io li credo però bastantemente concludenti, ed essendo difficile in medicina l'osservare bene, sono da preferirsi poche osservazioni decisive alle molte non bene interpretate: questo è il caso di affermare. « *Non numerandae sed perpendendae sunt observationes* ». D'altronde è facile mettere in riscontro altri fatti da tutti coloro che si sentono invogliati a fare altre sperimentazioni basate sopra una rigorosa comparazione clinica. Giacchè come avvertiva il sommo mio maestro Bufalini: « Senza un termine di confronto avremmo noi mai alcun determinato e chiaro concetto della verità? (3) ». Ma per alcuni forse anche questo termine di paragone non sarebbe esatto, perchè vedrebbero nei fatti citati, non l'azione del rimedio, ma la localizzazione più o meno intensa del processo. L'insinuazione di tal dubbio secondo Massei sa-

(1) « Alcuni casi di difterite osservati nella Missida » dal dott. Pietro P. Agius medico di Polizia. Malta 1869, pag. 18.

(2) Massei. « Intorno alla cura della difterite », Lettera al prof. Giulio Lepidi-Chioti. Ved. « Morgagni » fasc. luglio 1874, pag. 507.

(3) Bufalini. « Quesiti sul metodo scientifico ». N. 305, pag. 305.

rebbe « malignare e perdurare in uno infruttuoso scetticismo (1) ». Dal canto mio dico che la critica deve essere rigorosa, ma non scettica, altrimenti sarebbe un corrosivo male applicato che inaridisce la scienza. D'altronde quale più seria comparazione avrebbe potuto farsi per risolvere questo problema terapeutico? Nel marzo del 1874 vidi dietro l'orecchio destro d'un piccolo maltese, affetto da difterite mite, un essudato difterico della grandezza di una moneta di due lire d'argento, sviluppatosi probabilmente sulla superficie d'un eczema. Mi venne in mente di cauterizzare la metà colla pietra infernale e curare l'altra metà colle pennellazioni d'alcool fenicato; ma siccome la madre era molto ignorante, dimisi il pensiero per timore che l'esperimento non fosse bene condotto.

La teoria, che va sempre più sviluppandosi, della natura parassitaria della difterite, determinata da una ricca messe di fatti e che armonizza, come vedremo in seguito, colla terapeutica, giustifica sempre più la condanna della cura caustica innanzi al tribunale della scienza. Allorchè grandi errori che velati sotto l'apparenza di grandi verità travolgono le umane menti hanno percorso il naturale periodo che la Provvidenza pare avere prescritto alla durata media dei medesimi, l'abbatterli non suol essere impresa d'alta difficoltà, massime quando già qualcuno si destò coraggiosamente per distruggerli. Perciò le belle cure che spacciavansi dai cauterizzatori sono ormai annuvolate dalle crescenti opposizioni. Infatti io vedo ogni dì diradarsi la fila dei medici cauterizzatori, e quando fosse d'uopo alcune autorità, basterebbero ricordare le seguenti: West, una delle più eminenti individualità del secolo in fatto di difterite, e la cui opera sulle malattie dei bambini ha ottenuto cinque edizioni in Inghilterra, tre edizioni in America e quattro in Germania, nel tempo stesso che fu tradotta in varie altre lingue. Ebbene ecco ciò che egli vi dice: « La cura caustica che io solevo un tempo adoperare è stata negli ultimi anni riguardata quale cura più che dubbia (2) ». L'egregio dott. Blasi, che ha splendidamente tradotto in italiano l'opera di West, in una bella nota sulla difteria che regnò in Roma a modo epidemico dal 1858 al 1868, scrive: « Circa il trattamento, i caustici ai quali sul principio dell'epidemia si ricorreva con tanta fiducia hanno terminato col bando quasi generale dalla pratica dei più accorti esercenti (3) ». L'istesso precisamente è accaduto in Toscana, come lo prova il que-

(1) Massei. Lettera cit. « Morgagni » fasc. luglio 1874, pag. 510.
(2) West. Op. cit. pag. 456.
(3) Idem. « Nota 63 del Traduttore » pag. 466.

sito relativo alla terapia riportato negli atti accademici della Società medico-fisica di Firenze: « Ammettere l'utilità della cura locale all'oggetto appunto di modificare le membrane e favorirne il distacco, e di modificare anche la superficie malata, senza che sia per ciò necessario ricorrere alla cauterizzazione che sembra aver fallito alla maggior parte dei medici (1) ».

Anche il prof. Vogel, uno fra i medici più celebri della Germania in fatto di malattie dei bambini, univa anch'egli la sua voce autorevole a quella del West; parlando della cura della difterite dice: « Da due anni ho tralasciato ogni cauterizzazione delle fauci, e mi sono convinto in più centinaja di casi della giustezza di questo procedere ». Altrettanto fece il Bricheteau, uno dei medici distinti della Francia (2). Ma se io dovessi citare soltanto i medici più distinti contrari ai caustici nella difterite, non dovrei che aprire le belle monografie dei molti medici della dotta Germania per trovare i nomi chiarissimi di Waldenburg, Wertheimber, Küchenmeister, Biemer, Kempter, Baumler, Rothe, ecc. E se questi non bastassero potrei citare la lunga litania degli italiani che condannano la cauterizzazione; ma questo non potrebbe sembrare il vero modo di discutere e ne convengo. Perciò ho voluto citare soltanto quelli che hanno ripetutamente provato ed osservato tanto colle cauterizzazioni, quanto con altri mezzi terapeutici; per cui il loro giudizio in proposito non può che essere ritenuto serio, ciò che non potrebbe dirsi da quelli che sistematicamente continuarono col solo metodo empirico delle cauterizzazioni. Per questa ragione fui lieto di leggere nella rivista medica dello *Sperimentale* un breve sunto di un articolo di M. Siredey « Sulle angine pultacee, trattamento opportuno a togliere le false membrane ». Siredey si basa sulla autorità di una reputazione europea meritamente elevata, su quella stessa su cui si basano tutti i cauterizzatori. Egli scrive: « In prima linea proibita la cauterizzazione. Nel caso di angina maligna questo compenso è inutile. *Trousseau medesimo, dopo averla tanto vantata; vi rinunziò.* Nel caso di angine semplici le cauterizzazioni mascherano la natura del male, snaturano l'aspetto della regione, e aggravano positivamente la malattia (3) ».

Confortato dunque dai responsi dell'esperienza di valentissimi

(1) Lo « Sperimentale » fasc. marzo 1873.

(2) « Gazz. med. Lomb. » Serie VI, Tomo II, pag. 13.

(3) Ved. « Sperimentale » fasc. marzo 1874, pag. 321. Tolto dalla (Lion médical).

uomini, non fa più d'uopo farmi scudo di tutte quelle altre autorità che abborrono i caustici e che offrono brillanti statistiche senza differenziarne le forme; come per esempio l'egregio Lolli, il quale escludendo dalla cura della difterite la cauterizzazione, dà una statistica del 2 per 100 di mortalità. Ma siccome egli non differenzia la forma mite dalla grave e dall' ipertossica, e siccome nelle statistiche, come già dissi, è di grande importanza determinare la forma clinica nei suoi più minuti particolari, così non possiamo accordargli quella fiducia che viene inspirata dai soli casi circostanziati.

Io mi lusingo quindi di avere dimostrato, sì nella mia prima memoria che in questa, che le ragioni dei partigiani della cauterizzazione nella cura della difterite non sono accettabili, perchè rimangono conquise da ragioni scientifiche e sono smentite dalle osservazioni di uomini valenti e da quelli stessi che ne furono prima fautori. Ciò dimostra che nella natura delle cose il meglio sta non dove si comincia, ma dove si finisce; per la ragione che il male spesso ci sfugge ed il bene ci ferma. Accadrà delle cauterizzazioni ciò che è accaduto del salasso e dei vescicanti in questa malattia. « Le deplezioni, dice il West, gli antiflogistici d' ogni specie, i vescicanti e tutti i contro-irritanti che possono denudare la cute, quantunque un tempo in uso in quanto che si avevano viste erronee sulla natura della malattia, sono ora per comun consenso intieramente banditi (1) ». Ecco come oggigiorno dai medici scienziati ed onesti si scartano i mezzi empirici e solo s' impiegano i razionali senza curarsi dell'ignoranza e della mala fede di alcuni che non temono ancora di esaltarne l'efficacia. Dunque se non si vorrà immiserire nell'empirismo e nell' inerzia testarda delle abitudini, uopo è rinunziare alla cauterizzazione in questa malattia; chè ha ormai fatto il suo tempo e non può essere più in credito che presso il volgo, il quale è sempre l' erede ed il conservatore degli errori e dei pregiudizj che i medici vanno di mano in mano abbandonando. Perciò non mi sembra necessario di possedere una mente divinatrice per presagire con gran certezza che fra non molti anni la cauterizzazione nella difterite avrà la condanna definitiva e non serberà che un interesse storico.

Per tutte queste ragioni io ho creduto dovermi mettere su un'altra strada terapeutica, rannodando alla condizione patologica della malattia cioè al parassitismo la cura. D'onde ne venne che a combatterlo era mestieri ricorrere ad argomenti fondamentali antiparassitici, ma tali che, mentre riescono dannosi ai parassiti non lo siano agli

(1) West. Op. cit. pag. 455.

individui che essi ebbero invasi. A tale scopo, senza dimenticare il sostegno dell'equilibrio fisiologico, con una buona dieta riparatrice, con brodi ristretti e sostanziosi, con latte solo od anche con caffè ovvero cioccolatta e cogli analettici in genere per sopperire nei casi gravi alla quotidiana perdita d'albumina, io esperimentai localmente l'alcool fenicato, il solfito di soda, l'acqua di calce, ecc., ed internamente il decotto o siroppo di china, secondo l'età, col solfito di soda o coll'acido fenico, ecc., medicazioni che, in mezzo al guazzabuglio dei sussidii terapeutici proposti, mi sembravano dovere meritare la preferenza, come quelle che producono meno perturbazioni nei fenomeni naturali della malattia, senza alcun danno per gli ammalati ed accettate dalla maggior parte dei buoni pratici, non che per tutte quelle ragioni scientifiche che esposi nella mia prima memoria; alla quale rimando il lettore perchè troverà anche la cura sintomatica reclamata dai fenomeni morbosi che mano mano insorgevano nel decorso della malattia.

Ma sebbene continuassi questo metodo con una spassionata esperimentazione sino verso la metà di maggio 1874, pure non mi contentava al punto da dovere tralasciare qualche altro tentativo, massime perchè la forma ipertossica, che ben può meritare l'epiteto di galoppante, aveva sfidato gli sforzi di tutti i medici e tutte le armi dell'arsenale terapeutico.

Oltre a ciò un' altra ragione spingevami ad aprirmi un' altra via nel processo sperimentale della terapia contro questo morbo; cioè per sottrarmi allo spettro dell'avvelenamento attribuito dalla malignità d'un collega all'acido fenico. Quantunque tutti quei colleghi che seppero servirsene colla dovuta oculatezza, non avessero mai a lamentare il benchè minimo inconveniente e quantunque io l'avessi usato sempre non solo con prudenza, ma con forse eccessiva circospezione, pure questo spauracchio ripetuto le mille volte dal medico, che continuo a non nominare, e dai suoi clienti, e gettato nella semplicità della fede del pubblico, finì per trovare credenze anche in alcuni dei clienti miei ed in quelli di altri egregi colleghi, al segno che le madri erano spaventate all'idea di vedere curare i loro figli coll'acido fenico (1).

(1) L'istesso medico, dopo avere lanciato queste calunnie contro il povero acido fenico, finì, per ordinarlo ai suoi malati difterici, per pennellature sull'essudato, in pomata per frizione al collo, ed internamente col decotto di china. Nè ciò avrei mai creduto se gli egregi colleghi Cotton e Tagiuri, convocati da lui per una consultazione non avessero constatata, con loro meraviglia, questa cura fenicata.

Ecco le ragioni che mi indussero a riflettere seriamente se fra le diverse sostanze antifermentative, antisettiche e massime antiparassitarie, che oggigiorno occuparono sì fortemente il mondo medico-scientifico, ve ne fosse qualcuna che potesse valere l'acido fenico, od anche che avesse maggiore efficacia nella difterite. La mia attenzione si fermò sul cloralio idrato; il quale, essendo formato da cloro e aldeido veri antifermentativi ed antiparassitarii innocui all'organismo umano se prudentemente amministrati, credetti dovesse meritare l'esperimentazione in questa malattia. Le mie osservazioni su questo farmaco nella difterite ebbero il loro punto di partenza dalle esperienze già fatte col medesimo dall'egregio chimico Carlo Pavesi di Mortara. Egli sin dal 1871 riconobbe pel primo nel cloralio le preziose doti antisettiche, antifermentative, disinfettanti (1) confermate da Morini, M. J. Personne, Blacher, Dujardin, Byasson, Follet, Beaumetz, Verdeuil, Hirn e da altri che l'impiegarono a guarire malattie di origine settica, piaghe cancerose, ecc. Anche Richardson in Inghilterra, incaricato di esperimentare le proprietà fisiologiche del cloralio, osservava la sua azione antisettica sul sangue (2). Il dott. Francesco Accutella consigliò il primo, in Italia, l'uso esterno del cloralio contro le piaghe di cattiva natura (3). Anche il dottor Cesare Ciattaglia di Roma ha dimostrato la virtù del cloralio nell'abbreviare immensamente il processo morboso delle ulceri, dei catarri uterini, dei seni fistolosi, ecc. (4). Di recente l'egregio Luigi Amici di Roma ha veduto che il cloralio, in diluita soluzione, distrugge gli acari della scabbia (5). Da tutte queste osservazioni rilevasi esistere un'analogia d'azione tra il cloralio e l'alcool fenicato da giustificarne pienamente l'esperimentazione nella difterite. Perciò cominciai a prescriverlo localmente, cioè sull'essudato difterico per vedere se servisse a neutralizzare in *situ* il veleno difterico, onde impedire l'assorbimento che dà luogo all'infezione generale. La dose era da due a tre grammi di cloralio idrato in 15 o 20 grammi di glicerina purificata (secondo l'età), per pennellazioni ogni due ore sulle placche difteriche, alternando coi soliti gargarismi, ed internamente col decotto di china, col solfito di soda. Ho associato al

(1) « Annali di chim. del Polli » fasc. novembre 1871.
(2) Richardson. « Médical Times and Gazzette, » 6 novembre, 1869.
(3) Ved. « Gazz. med. ital. Lomb. » 1871.
(4) Ved. « Annali del Polli. » fasc. febbrajo 1874, pag. 99.
(5) Ved. « Almanacco di terapia, del dott. C. Ciattaglia » Roma, 1874.

cloralio la glicerina, allo scopo di ottenere, in vista della sua marcata densità, un contatto più prolungato colla parte coperta dall'essudato.

La glicerina nella difterite era già stata proposta in Napoli dal dott. Alessandro De Cunzo. « Come Gubler la proponeva nell'*acne sebacea* allo scopo di render più fluido il materiale eliminato dalle glandole sebacee (dappoichè si sa che le sostanze grasse si eliminano in parte per le glandole a questo destinate) così per analogia, dice il dott. Massei, la si è applicata all'angina difterica e segnatamente al croup nell' idea di diluire il muco, lubrificare la superficie mucosa, favorire la espulsione delle false membrane (1) ». Io credo che la sola glicerina nella forma grave difterica non possa bastare, malgrado sia stata considerata anche come antisettica ed adoperata perciò a medicare le ferite d'ogni specie, le ulceri, gli antraci e persino la gangrena nosocomiale. Molti distinti medici prescrivono il cloralio in unione alla glicerina per uso esterno, e rinvennero con questa logica unione che la glicerina, oltre prestarsi come veicolo, migliorava le sue doti terapeutiche, come risulta dai favorevoli risultati ottenuti da medici di tutte le nazioni.

Eccomi ai casi clinici, della maggior parte dei quali non darò che un breve sunto o un cenno per non affaticare il lettore.

Osservazione 8.ª — Il 2 maggio 1874 sono chiamato in casa di Gaspare Canino, ove l'anno avanti eranvi già stati tre casi di difterite con forma grave, per visitare una ragazza d'anni 12, di buona costituzione, la quale accusava male alla gola. Ispezionate le fauci rilevo una piccola placca difterica della grandezza d'un 25 centesimi d'argento sulla parte media della tonsilla sinistra. Non essendovi febbre, nè l'ombra d' ingorgo ganglionare al collo, credo trattarsi d'un caso leggiero, e prescrivo la glicerina cloraliata per pennellazione sull'essudato ogni due ore.

Con questo semplice metodo continuato per tre giorni, la ragazza guarì perfettamente.

Osservazione 9.ª — Altrettanto accadeva nello stesso mese ad un giovinetto undicenne, figlio del sig. Giuseppe Bajada, che ebbe una placca difterica alla tonsilla sinistra senza alcun sintomo generale, come me lo indicava la temperatura e polso normali; l'esame dell'orina coll'acido nitrico che non diede precipitato albuminoso e l'assenza d'ogni ingorgo ganglionare. Colle pennellazioni sulla placca

(1) Massei. « Intorno alla cura della angina difterica, » pag. 12, Napoli 1871.

colla glicerina cloraliata fu anche questo ragazzo in tre giorni completamente guarito.

Avendo veduto in questi due casi, che dirò leggerissimi, la facilità con cui separavasi l'essudato difterico con questo farmaco, presi coraggio nel continuare l'esperimentazione anche nei casi iniziati con altra cura.

Osservazione 10.ª — Il 4 maggio dell' istesso anno 1874 veniva colpita da difterite Madamigella Alsett, trentenne. Ambedue le tonsille erano coperte dall'essudato difterico; la temperatura era a 39.°, polso 96; vi era lieve ingorgo ganglionare sotto-mascellare d'ambo i lati. Per mettermi in guardia contro l'infezione generale ho creduto conveniente, oltre la cura locale coll'alcool fenicato per pennellazione ed i gargarismi con acqua seconda di calce, prescrivere anche il decotto di china col solfito di soda per uso interno.

Al terzo giorno di questa cura cioè al 7 detto, risultava chiaramente che la forma era mite, perchè la temperatura era ritornata a 37°,5; l'esame dell'orina non mostrava precipitato albuminoso, gl'ingorghi ganglionari erano appena percettibili, e l'essudato difterico cominciava a separarsi.

Dopo 11 giorni di questa cura, quantunque l'essudato d'ambo le tonsille fosse in gran parte separato, pure l'eliminazione facevasi molto lentamente.

Il 15 detto. — Mi decisi sostituire all' alcool fenicato la glicerina cloraliata per penellazione ogni due ore.

Il 17 detto. — La guarigione era completa.

Osservazione 11.ª — Presso a poco altrettanto accadeva alla signora Valeria de Montes, Spagnola. Essa assistendo affettuosamente il suo amato pargoletto, che fu vittima della difterite, contrasse la malattia. Io la vidi al 7 maggio. — Trattavasi d' una placca di mediocre grandezza alla tonsilla sinistra, senza ingorgo ganglionare e senza fenomeni generali. Prescrissi il solito alcool fenicato per pennellazione ogni due ore sulla placca, alternando col gargarismo d'acqua di calce e clorato di potassa.

9 detto. — L' essudato era alquanto aumentato, ma i sintomi generali mancanti, non che l'esame dell'orina, priva d'albumina, mi faceva giudicare mite la forma. Continuai coll' istessa cura.

Dopo sette giorni di questo metodo curativo, vedendo che l'essudato persisteva ed aveva tendenza a diffondersi, sostituii all'alcool fenicato, la glicerina cloraliata per pennellazione, alternando col solito gargarismo.

Il 18 detto. — Guarigione completa.

Osservazione 12.ª — Questa riguarda un fanciullo d'anni 5, di costituzione assai gracile, figlio del sig. Quiros Vice-Console di Spagna. Era l'11 maggio di mattino quando fui chiamato premurosamente a visitarlo, perchè la madre guardandogli in gola aveva scoperto una placca difterica sulla tonsilla destra. Infatti vi trovai una striscia d'essudato bianco-giallognolo; aveva molta salivazione e corizza; leggiero ingorgo sotto-mascellare dal lato destro, ed era apiretico. Prescrivo 3 grammi d'acido fenico in 50 d'alcool, per pennellazione ogni due ore sull'essudato, alternando colla polverizzazione d'acqua seconda di calce mercè il nebulizzatore ed una soluzione di 8 grammi di solfito di soda in 60 grammi d'acqua per injezione nelle narici. Internamente 60 grammi di siroppo di china con 8 grammi di solfito di soda, da prendersi un cucchiajno ogni ora; alimentazione azotata in forma liquida e concentrata; per bevanda vino di Bordeaux con ghiaccio.

Sera. — Polsi contansi a 124, temperatura al cavo ascellare 40°; esaminata l'orina coll'acido nitrico non riscontro precipitato albuminoso; sintomi obbiettivi presso a poco come al mattino. Continuasi colla stessa cura.

12 detto. — Polso 107, temperatura 39°,5; l'essudato difterico è alquanto più diffuso alla tonsilla destra ed ha invaso anche la sinistra; ingorghi ganglionari ben marcati d'ambo i lati del collo. Cura *idem*.

Sera. — Stato locale e generale poco variato, però nell'orina riscontrasi leggiero precipitato albuminoso. Viene continuato l'istesso metodo curativo e giudico il caso grave.

13 detto. — Polso 104, temperatura 39°; l'essudato difterico è diffuso anche all'ugola ed ai pilastri; avvi secrezione sierosa abbondante dalla schneideriana, che indica l'invasione difterica alle fosse nasali. Esaminata l'orina riscontrasi abbondante precipitato albuminoso. Il fanciullo ha avversione al brodo, ma prende con piacere i sorbetti di crema, the col latte ed un pò di vino di Bordeaux. Continuasi l'istessa cura.

14 detto. — La temperatura è scesa a 37°,10, il polso 88, ma l'essudato non è diminuito; l'alito è nauseabondo; gl'ingorghi sotto-mascellari sono assai più marcati e vi sono aggiunti anche gl'ingorghi cervicali. Esaminata l'orina continua a dare abbondante precipitato albuminoso. Continuasi l'istessa cura e chiedo una consultazione che non ebbe luogo, perchè i medici desiderati dalla famiglia trovavansi alla Goletta e non poterono venire.

15 detto. — Lo trovo peggiorato, perchè più esteso è l'essudato;

essendosi separato dalle narici un brano di pseudo-membrana ha luogo leggiera rinorragia; i polsi sono piccoli e frequenti, la temperatura è salita a 39°; l'esame della orina non può farsi perchè è assai torbida. Insisto di nuovo per una consultazione, ma la famiglia rifiutasi. In questo stato credo conveniente sostituire all'alcool fenicato la glicerina cloraliata per pennellazione, facendo continuare gli altri farmaci.

Sera. — Non avvi variazione ad eccezione del precipitato albuminoso che trovai un pò diminuito nell'orina.

16 detto. — La temperatura è scesa a 37°, il polso è alquanto rialzato; non havvi albumina nell'orina; l'essudato all'ugola è separato e gl' ingorghi ganglionari alquanto diminuiti. Continuasi l'istessa cura.

Sera. — Riebbe un pò di rinorragia in seguito agli sforzi fatti dal fanciullo per opporsi alle pennellazioni. La temperatura è a 39°, contansi 112 pulsazioni, havvi lievissimo precipitato albuminoso nell'orina. Cura *idem.*

17 detto. — Ha passato bene la notte, l'essudato della tonsilla destra è in gran parte separato; diminuiti sono gl' ingorghi sotto-mascellari e cervicali; la temperatura 38°; vi è poco precipitato albuminoso nell'orina; viene continuata l' istessa cura.

18 detto. — Ha dormito bene nella notte. La temperatura è a 37°,5, polso normale, ma alquanto debole; l'essudato continua a separarsi da ambedue le tonsille, continua pure la diminuzione degli ingorghi sotto-mascellari e cervicali; l'alito naturale; il precipitato albuminoso è nella medesima quantità di jeri. Continuasi l'istessa cura.

19 detto. — Temperatura e polso normale; l' essudato si è alquanto riprodotto sulla tonsilla destra e da questo lato mantengonsi ancora leggermente gl' ingorghi ganglionari; il precipitato albuminoso nella orina è alquanto diminuito. Continua l' istessa cura.

20 detto. — Miglioramento in tutti sensi, per cui il malato comincia a prendere con piacere alcune minestrine. Cura *idem.*

21 detto. — Continua il miglioramento, ma nella notte essendo stato inquieto, prese piccola dose di cloralio che lo calmò e gli procurò un sonno riparatore. Cura *idem.*

22 detto. — L'essudato difterico è ridotto ad un piccolo punto quanto una testa di spillo sulla tonsilla destra; gl' ingorghi ganglionari sono totalmente svaniti; l'appetito va crescendo, ciò non ostante mantiensi ancora lieve precipitato albuminoso nella orina. Continuasi l' istessa cura.

23 detto. — Non c' è più traccia dell'essudato difterico, per cui

si sospende la cura topica; ma persistendo in piccola quantità l'albumina nella orina, viene continuata l'amministrazione del siroppo di china col solfito di soda, aggiungendovi un pò di lattato di ferro per la marcata oligoemia.

24 detto. — Il miglioramento continua; il malato prende oltre alle minestrine, anche un pò di pollo arrostito.

26 detto. — Comincia ad alzarsi dal letto, ma è assai debole; il precipitato albuminoso nell'orina, sebbene in piccola quantità pure persiste. Cura *idem*.

27 detto. — Il precipitato albuminoso è appena percettibile e continuò sino al 30 detto, in cui non vi fu più alcuna traccia. Sebbene si potesse ritenere guarito, pure consigliai la continuazione per alcuni mesi del lattato di ferro onde allontanare il pericolo delle paralisi, che io temevo per la prolungata perdita dell' albumina; e diedi avviso di questo mio timore ai genitori.

Infatti sul principio di luglio, mentre il fanciullo abitava alla Goletta per fare i bagni di mare, fui premurosamente chiamato per telegramma, e trovai marcati i segni di paralisi al velo pendolo, ai muscoli della deglutizione e della voce, unitamente a rimarchevole debolezza degli arti inferiori. Prescrissi dell'estratto alcoolico di noce vomica, ciò che poi seppi dal padre che già gli era stato prescritto anche dal dott. Mascarò, il quale aveva visto il fanciullo il giorno avanti col dott. Prats. Con questo farmaco e la continuazione del ferro questa allarmante successione morbosa in poche settimane fu dissipata. Ora che scrivo la costituzione del fanciullo, mediante il ferro e l'olio di fegato di merluzzo, è assai migliorata.

Ognun vede che l' idrato di cloralio come medicamente topico è da apprezzarsi, merita quindi di essere esperimentato anche per uso interno in questa malattia, non solo per le sue doti, da noi già accennate, antifermentative ed antiparassitarie, ma anche perchè essendo solubilissimo nell'acqua viene facilmente assorbito dall' organismo, e principalmente perchè essendo stato dimostrato che ha anche la proprietà di abbassare la temperatura di 1 o 2 gradi (1), perciò sotto questo aspetto potrebbe rimpiazzare anche i solfiti. In questo senso varrebbe poi più dell' acido fenico, perchè questo quale rimedio antifebbrile, secondo le esperienze dell' egregio Chiarleoni (2), è destituito assolutamente di qualunque valore. Però fa

(1) Delle indicazioni e controindicazioni del cloralio, pel dott. Camboulires, ved. « Annuaire de therap. » 1874.

(2) Chiarleoni. « Le injezioni ipodermiche d'acido fenico nei processi puerperali. » — « Annali univ. med. » fasc. ottobre 1874, pag. 69.

mestieri usarlo con moderazione, non a dose ipnotica, perchè a lungo andare potrebbe spiegare la sua azione paralizzante sul midollo spinale. Insomma uopo è usarlo soltanto a dose antifermentativa ed antiparassitaria per combattere l'infezione generale e risparmiare così all'organismo tempo e forza per resistere alla malattia. Per produrre questo desiderato effetto non è necessario oltrepassare un grammo nelle 24 ore negli adulti e 30 centigrammi nei fanciulli. Essendo solubile tanto nel decotto che nel siroppo di china diedi, sempre la preferenza a questi veicoli per le virtù già accennate nella mia prima memoria. Malgrado fosse giustificato teoricamente l'uso interno del cloralio nella difterite, pure non fu senza esitanza, come si vedrà dalla seguente storia, che mi sono determinato alla prima prova; e mi sono determinato riflettendo che il vero medico non deve intimidire innanzi allo spauracchio della perplessità nel mettere alla prova, colla dovuta oculatezza, un rimedio qualunque che la scienza gli indica.

Osservazione 13.ª — Il dì 24 maggio 1874 fui chiamato con sollecitudine per visitare un giovinetto dodicenne di buona costituzione, figlio di Agostino Scotto. Egli aveva sempre goduto buona salute, ma da due giorni era tormentato da forte dolore di gola, da difficoltà d'inghiottire e da ipersecrezione salivare. Esaminate le fauci rilevo un essudato difterico diffuso ad ambedue le tonsille, all'ugola ed al velo pendulo; gl'ingorghi ganglionari sotto-mascellari erano assai rimarchevoli, per cui sospetto trattarsi di un caso grave. Il termometro applicato al cavo ascellare marca gradi 40, il polso dà 110 pulsazioni. Prescrivo tre grammi d'idrato di cloralio in 20 grammi di glicerina purificata, per pennellazione sull'essudato ogni due ore, alternando con gargarismi d'acqua di calce medicinale; e per uso interno 8 grammi di solfito di soda sciolto in 120 grammi di decotto di china, da prendersi ad una cucchiajata ogni ora; brodi succulenti e per bevanda buon vino di Francia, con ghiaccio.

25. detto. — L'essudato all'ugola comincia a separarsi; la temperatura è scesa a 39°; contansi 108 pulsazioni al minuto; l'orina coll'acido nitrico dà leggiero precipitato albuminoso. Si continua lo istesso metodo curativo.

26 detto. — L'essudato all'ugola è tutto separato ed in gran parte anche alle tonsille; il termometro è sceso a 37°,5, il polso è normale; gl'ingorghi però non sono diminuiti, e nell'orina trovasi maggior precipitato albuminoso. Seguitasi l'istessa cura.

27 detto. — Sento che ha passato una notte inquietissima, noto una riproduzione dell'essudato alle tonsille con diffusione alla faringe

ed alla schneideriana, per cui abbondante scolo di sierosità mista a sangue dalle narici. Gl' ingorghi sotto-mascellari sono aumentati e sono comparsi eziandio gl'ingorghi cervicali; la temperatura si eleva a 39°,10, il polso a 116 ed è alquanto depresso; esaminata l' orina riscontrasi abbondante albumina. Egli ha avversione ad ogni alimento e bevanda, tranne il latte ed il vino con ghiaccio; ha grande prostrazione e fisionomia abbattuta. Questo rapido peggioramento mi fece corrugare la fronte, perchè l'infezione generale minacciava rapidi progressi. Faccio continuare l'istessa cura topica e praticare anche injezioni d'acqua di calce nelle narici, alternando coll'iniezione di glicerina cloraliata; per uso interno sostituisco al solfito di soda 50 centigrammi di cloralio idrato nella suddetta dose di decotto di china, da amministrarsi ad una cucchiajata ogni ora.

28 detto. — Notte meno inquieta, stato locale presso a poco l'istesso; il termometro segna 38°, polso 92; ingorghi ganglionari sempre assai rimarchevoli ed abbondante il precipitato albuminoso nell'orina. Viene continuata l'istessa cura.

29 detto. — L' essudato comincia a staccarsi con facilità dalle fauci; minore è la secrezione sierosa dalle narici; temperatura 37°,5, polso 68; gl'ingorghi ganglionari cominciano a diminuire, come l'albumina nell'orina; ma il malato ha sempre avversione al brodo e non desidera che latte e vino. Continuasi l'istessa cura.

30 detto. — Miglioramento sempre più manifesto, tanto localmente, quanto nelle condizioni generali. E senza troppo diffondermi in questa storia, mi ristringo a dire che, insistendo nel medesimo trattamento curativo, al 5 giugno era scomparsa ogni traccia d'essudato difterico, svaniti gl'ingorghi ganglionari, ricomparso l'appetito; soltanto persisteva ancora leggiero precipitato albuminoso nell' orina che si dissipò in totalità al 7 giugno in cui fu da mè congedato.

Un risultato così lusinghiero m' inspirò tanta confidenza sull'efficacia del cloralio in questa malattia da farmi balenare nella mente una qualche speranza di felice successo anche nella forma ipertossica; ma fu una dolorosa disillusione, come lo prova il segente caso.

Osservazione 14ª. — Il 6 giugno 1874, poco dopo il meriggio sono chiamato a visitare un fanciullo di 6 anni, figlio del sig. Heap Console generale d'America. Egli era d'una costituzione assai gracile, nacque di 7 mesi e la sua esistenza fu bersagliata da frequenti malori. Ebbe diacrisi intestinale durante l'allattamento e ripetute febbri intermittenti nella fanciullezza, non che frequenti amigdaliti che resero ipertrofiche le tonsille. Non appena lo viddi gli dimandai se gli faceva male la gola, e mi rispose dolergli molto la testa; non

ha ipersecrezione salivare; esaminate le fauci le trovo arrossate, ma non rilevasi alcun essudato; termogenesi 39°, polso 118. La madre già gli aveva amministrato della conserva di cassia, di cui era solito far uso nell' angina tonsillare; io mi limito a prescrivergli un po' di bicarbonato di soda ed un gargarismo di clorato di potassa da praticarsi ogni due ore.

Sera. — Sento che ha vomitato assai; continua ad accusare dolore di testa; la temperatura è 38°,10, polso 108. Esamino le fauci, che mantengonsi rosse, ma non apparisce alcuna traccia d'essudato; non ha ingorghi ganglionari al collo; dimando ai genitori se la secrezione nasale è accresciuta, mi si risponde negativamente. Prescrivo ghiaccio per calmare il vomito. Dico alla madre che per ora non vedonsi placche difteriche, ma che potevano sorgere.

7 detto. — Alle due antimeridiane ricevo un biglietto del signor Heap col quale mi avvisa che nel suo figlio esisteva da due ore uno scolo continuo di sierosità dal naso. A tale lettura mi sentii stringere il cuore, perchè non ebbi più dubbio sull'esistenza della difterite nasale primitiva. Mi alzo in fretta dal letto e mi reco a visitare il fanciullo: verifico infatti un continuo stillicidio sieroso della schneideriana da darmi chiara l'idea della natura della malattia. Esamino le fauci e riscontro una piccola placca difterica della grandezza di una lenticchia sulla tonsilla sinistra. Avverto i genitori trattarsi di difterite nasale primitiva, e forse con forma ipertossica; prescrivo una soluzione di solfito di soda per injezione nelle narici, alternando con acqua seconda di calce; due grammi di cloralio idrato sciolto in quindici grammi di glicerina purificata, per pennellazione sulla placca; e per uso interno 30 centigrammi di cloralio sciolto in 60 grammi di siroppo di china, da prendersi ad un cucchiaino ogni ora; brodi sostanziosi; per bevanda vino di Bordeaux e ghiaccio.

Di buon mattino trovo il fanciullo peggiorato: polsi piccoli, termogenesi 38°; all'esame delle fauci la placca è alquanto aumentata ed un'altra presso a poco dell'istessa grandezza presentasi anche sull'altra tonsilla; esistono ingorghi ganglionari rimarchevoli sotto-mascellari e cervicali; l'esame dell' orina dà discreto precipitato albuminoso da convincermi che il principio difterico abbia invaso con rapidità fulminea l'intiero organismo. Per cui trattandosi d'un caso ipertossico chiedo una consultazione, che non mi venne accordata dalla famiglia. Cura *idem*.

A mezzo giorno. — Peggioramento tanto nei sintomi obbiettivi che subbiettivi; il fanciullo rifiutasi ad ogni rimedio. Prescrivo le inalazioni di bromo ed insisto per un consulto per sottrarmi alle ca-

lunnie d' un collega, e fu fissato per le 3 pom. coi signori dottori Cotton e Bensason. All' ora fissata mi reco al Consolato d' America e sento con dispiacere che la madre del fanciullo non vuole consulti; lo richiedo con insistenza e mi fu accordato. Ebbe luogo subito col solo dott. Bensason, perchè il dott. Cotton era assente. Espongo la storia al Collega, dico d'avere prescritto l'inalazione di bromo nell'impossibilità di far prendere altri farmaci per bocca, ed essere mia intenzione di amministrare il cloralio nel decotto di china per clistere. Egli conviene meco nel triste pronostico e nella convenienza dell'inalazione del bromo, ma per clistere vorrebbe fosse sostituito al cloralio l'acido fenico, perchè col primo non aveva esperienze proprie. Io aderii e prescrissi una decozione di china con sei goccie di acido fenico, di cui fu amministrata la quarta parte per clistere unitamente ad una tazza di brodo sostanzioso, perchè le forze andavano perdendosi. Ogni due ore fu ripetuta l'istessa dose per clistere; ma il fanciullo verso le ore 8 pom. entrò in convulsioni ed alle 9 45 spirò.

Fu questo il caso più insidioso e più prontamente letale che io abbia veduto, non vorrei vederne mai più. Qualcuno mi potrebbe dimandare: se il fanciullo avesse persistito nel metodo curativo prescrittogli, sarebbe o no guarito? Io credo fermamente di no, perchè l'avvelenamento organico fu troppo rapido per trovare un argine in qualsiasi metodo curativo; e quantunque non dubitiamo punto dei prodigi della scienza, pure per ora nella forma ipertossica la morte è, mi si permetta l'espressione, la naturale conseguenza. Eccone un'altra prova in proposito.

Osservazione 15.ª — Il 22 giugno 1874 fui chiamato per visitare una giovinetta di 9 anni figlia del fu W. Fenner, prete protestante. Questa è di gracile costituzione; un anno avanti aveva superato una grave dotinenteria; e nel febbraio 1874 ebbe già la difterite con forma mite, da cui guarì in 10 giorni. Ora eccola di nuovo invasa dalla stessa malattia. Trovo un essudato esteso alle fauci già diffuso alle fosse nasali, come l'indicava lo scolo sieroso dalle narici. Temperatura 39°, polso 120, rimarchevoli ingorghi ai ganglii sotto-mascellari d'ambo i lati. Prescrivo due grammi di cloralio idrato in quindici grammi di glicerina, per pennellazione ogni due ore, alternando con gargarismi d'acqua seconda di calce; per uso interno 35 centigrammi di cloralio idrato sciolto in 120 grammi di decotto di china, da prendersi un cucchiaio ogni ora. Brodi sostanziosi, e per bevanda vino di Bordeaux con ghiaccio.

23 detto. — L'essudato difterico non ha progredito, ma gli ingor-

ghi ganglionari sotto-mascellari aumentano e si aggiungono anche i cervicali; i polsi decadono, la temperatura è a 37°,10; esaminata l'orina dà discreto precipitato albuminoso. Ha avversione al brodo e ad ogni bevanda. M'impressionò la lacrimazione, come nei casi d'obliterazione del canale nasale; il quale accidente era da Trousseau considerato come segno della difterite ipertossica, di cui mi sembrava disgraziatamente chiara la forma. Perciò chiesi tosto un consulto, che ebbe luogo cel dott. Cotton, il quale approvò il metodo curativo col cloralio, perchè egli stesso ne aveva già avuto qualche felice risultato nella forma grave, e meco convenne nel triste pronostico. Infatti all'indomani cessò di vivere.

Sono questi i casi che umiliano la scienza ed i suoi cultori, e che servono d' armi al ciarlatanismo contro i medesimi. In questi rovesci di professione al vero medico deve bastare l' approvazione della propria coscienza, di questo testimonio fedele ed inesorabile delle nostre azioni, che non può mancare d' infondergli quel freddo ed impassibile coraggio che Cicerone poneva a modello per tutti gli uomini intraprendenti: *In adeundi periculis*, diceva egli, *consuetudo imitanda medicorum est.*

Osservazione 16.ª — Contemporaneamente al caso citato versava in pericolo di vita la sorella minore d' anni 5, affetta da difterite grave, che fu pure veduta in consulto dal dott. Cotton. Questa è anche di costituzione gracile; io la vidi il dì 22 giugno ed esaminando le fauci trovo due mediocri placche bianco-giallastre su ambedue le tonsille, con leggiero ingorgo ganglionare alla regione sotto-mascellare d'ambo i lati; la termogenesi è 38°,5, contansi 118 pulsazioni. Prescrivo 2 grammi d' idrato di cloralio in 15 di glicerina per pennellazione ogni due ore e 30 centigrammi dell'istesso farmaco in 60 grammi di siroppo di china, per uso interno, da prendersi un cucchiajno ogni ora. Alimentazione azotata in forma liquida e concentrata, per bevanda vino di Bordeaux con ghiaccio.

23 detto. — L'essudato difterico è alquanto aumentato in ambedue le tonsille; la temperatura a 40°, polso a 120. Esaminata l'orina coll'acido nitrico non riscontro l'albumina. Continua l'istessa cura.

24 detto. — L' essudato alle tonsille è presso a poco all' istesso stato, ma la schneideriana cominciava ad esser invasa dal processo difterico, come l' indicava la corizza; rimarchevoli sono gl' ingorghi ganglionari sotto-mascellari e cervicali d' ambo i lati del collo; la termogenesi è scesa a 38°, il polso a 118; esaminata l'orina riscontrasi leggiero precipitato albuminoso. Continuasi l' istessa cura,

aggiungendo l' injezione di glicerina cloraliata nelle narici ogni tre ore.

25 detto. — L'essudato è aumentato ed è diffuso a tutto il velo ed ai pilastri; la secrezione sierosa della schneideriana è anche aumentata, così gl' ingorghi sotto-mascellari e cervicali; temperatura 38°,10, polso 120; l'albumina nell'orina è abbondante. Ha alito nauseabondo, avversione al cibo ed alle bevande, però prende con piacere il ghiaccio col vino ed i sorbetti di crema. Continuasi l'istesso metodo curativo.

26 detto. — Lo stato locale non ha fatto progressi; la temperatura è scesa a 37°,5, i polsi sono depressi e l'albumina mantiensi abbondante nell'orina. Si continua colla stessa cura.

27 detto. — Comincia la separazione dell' essudato alle tonsille, l'alito è meno nauseoso; leggiera diminuzione negli ingorghi ganglionari, come pure diminuzione dell'albumina nell' orina; polso un pò più sostenuto, temperatura 37°,10. Cura *idem*.

28 detto. — L' essudato alla tonsilla sinistra è del tutto eliminato; in diminuzione rimarchevole è l'essudato alla tonsilla destra, al velo ed ai pilastri; l' alito è naturale. Sono eziandio in diminuzione gl'ingorghi ganglionari e l'albumina nella orina, temperatura e polso normali; comincia a prendere con piacere il latte con cioccolatta e buoni brodi sostanziosi. Cura *idem*.

29 detto. — Continua l'eliminazione dell' essudato migliorando anche la corizza difterica; il precipitato albuminoso mantiensi all'istesso quantitativo. Continuasi l'istesso metodo curativo.

30 detto. — Piccola riproduzione dell'essudato alla tonsilla sinistra, del resto tutto procede bene. Cura *idem*.

Il 1.° luglio. — Miglioramento in tutti i sensi, per cui comincia alzarsi dal letto ed a nutrirsi con buone zuppe sostanziose. Continuasi l'istessa cura.

2 detto. — Non esiste più che lieve essudato alla tonsilla sinistra; gl'ingorghi ganglionari sono svaniti, il precipitato albuminoso persiste in piccola quantità ma le forze sono ancora affievolite. Viene continuata l'istessa cura.

3 detto. — Eliminazione totale dell' essudato; esiste ancora un pò d'albumina nella orina. Faccio sospendere la cura topica e continuare il siroppo di china col cloralio, e prescrivo anche un pò di lattato di ferro.

L' appetito andò bel bello crescendo, e con questo le forze organiche; però non fu che al 6 luglio che non riscontrai più traccia di albumina nell'orina e che fu sospesa ogni cura, ad eccezione del lat-

tato di ferro che consigliai di continuare per alcuni mesi con dieta ben nutriente, per riparare le perdite di albumina patite dalla fanciulla.

Io potrei diffondermi su altri fatti clinici a forma grave curati con questo metodo, ma siccome somigliano in tutto a quelli narrati credo inutile stancare l'attenzione del lettore con osservazioni presso a poco identiche. Dirò soltanto che, oltre le narrate, le mie ulteriori osservazioni in proposito ascendono ad altre quattro con forma grave; cioè con diffusione dell'essudato difterico alle fosse nasali, con rimarchevoli ingorghi ganglionari e con abbondante precipitato albuminoso nelle orine. Di questi quattro, due guarirono, che sono: un fanciullo del sig. Michele Calò ed una fanciulla del signor Giuseppe Mafsud; e due altri soccombettero. A quest'ultimi appartiene il reverendo Fenner, sacerdote protestante, che contrasse la malattia assistendo le due figlie, di cui narrai le storie; fu questo l'unico adulto che perdetti nei tre anni che dominò la difterite. Ma in questo caso io era di fronte ad un organismo mal fermo in salute, poichè aveva un catarro bronchiale cronico ed iperemia al fegato, per cui il germe patologico difterico trovò un fecondo terreno. Egli morì al quinto giorno di malattia per bronchite capillare sopraggiuntagli: fu veduto in consulto dagli egregi colleghi Nunes-Vais e Bensason, e quest'ultimo seguitò con me la cura negli ultimi due giorni nei quali fu sostituito al cloralio l'acido fenico nel decotto di china per uso interno, unitamente agli altri espedienti curativi richiesti dalla complicanza morbosa. L' altro dei morti è una bambina maltese, di tre anni, figlia di Nicola Farrugia. Questa fu colpita il 12 dicembre 1874 da grave difterite e dopo 13 giorni di malattia io la lasciava in convalescenza, per cui già l'aveva registrata fra le guarigioni col cloralio per uso locale ed interno. Allorquando la madre me la portò in casa il dì 18 gennajo 1875 per farmela vedere, perchè da qualche giorno non inghiottiva bene. Riscontro paralisi del velo pendulo e dei muscoli della deglutizione, perciò le prescrivo una soluzione con estratto alcoolico di noce vomica e polvernie di lattato di ferro, e prego la madre di riportarmela a rivedere dopo tre giorni. Non la rividi più e seppi che un bel mattino, dopo 16 giorni dacchè venne da me, fu trovata morta nel suo letto, probabilmente per paralisi di cuore. La cura da me consigliata non fu seguitata, giacchè il farmaco ordinatogli non poteva bastare che per tre o quattro giorni. Faccio questa osservazione perchè nella difterite, più che in qualunque altra malattia, non basta che il metodo curativo sia buono, ma bisogna anche che sia bene eseguito. A buon diritto avvertiva

Bacone che l' efficacia dei rimedii dipende dalla maniera di saperli applicare. In una parola, al difterico oltre i sussidii della scienza bisogna prestare un'assistenza continua.

Delle altre cure col cloralio 3 appartengono alla forma d' infezione abortiva e 25 alla forma mite, tutti guariti, in vari dei quali non praticai che la cura topica. Fra questi ultimi merita speciale menzione la seguente osservazione:

Osservazione 17.ª — Il 15 dicembre 1874 Maria Ferrari, d'anni 22, di buona costituzione, cameriera della signora Virginia Ravasini, venne affetta da difterite con due placche, a poche linee di distanza l' una dall' altra, sulla tonsilla sinistra: una della grandezza d' una mezza lira d'argento, l'altra alquanto più piccola. È apiretica e non ha ingorghi ganglionari. Le prescrivo 3 grammi di cloralio idrato in 20 grammi di glicerina purificata, per pennellazione ogni due ore sulle placche, alternando con un gargarismo d'acqua seconda di calce con clorato di potassa.

16 detto. — Le due placche si sono unite formando un solo essudato, e sull'altra tonsilla presentasi una piccola placca della grandezza d' un grano di miglio; ciò non ostante mantiensi apiretica, non vi sono ingorghi ganglionari, nè precipitato albuminoso nella orina. Prescrivo per l' ultima placca l' alcool fenicato, per pennellazione ogni due ore, e faccio continuare la glicerina cloraliata sull'essudato primitivo.

17 detto. — Il primo essudato è assai ridotto, mentre la placca della tonsilla destra è più diffusa, cioè della grandezza circa d' una mezza lira d' argento. Viene continuato su ambedue le tonsille il differente metodo curativo.

18 detto. — Nella tonsilla sinistra non vi è più vestigia d'essudato, per cui sospendesi la glicerina cloraliata; nella tonsilla destra l'essudato è stazionario e continuansi le pennellazioni coll'alcool fenicato.

19 detto. — L'essudato comincia ad eliminarsi; vengono continuate le pennellazioni coll'alcool fenicato.

20 detto. — L'essudato è in gran parte separato; continuasi l'istessa cura.

21 detto. — Guarigione completa.

Da questa osservazione clinica rilevasi che l'alcool fenicato resta sempre come buon metodo curativo dell'essudato difterico, ma è giuocoforza riconoscere la superiorità nella glicerina cloraliata.

Con questa nei casi miti vidi alcune volte con mia sorpresa scom-

parire l'essudato da meravigliare chicchessia e più ancora i parenti dei malati che videro esperimentare i differenti metodi.

Ma se io non posso essere dubbioso nella scelta della glicerina cloraliata come il migliore topico contro l'essudato difterico, devo però confessare che la cura cloralica interna non dà risultati così decisivi come la cura locale. Eppure l'organismo interno non è meno vivente delle fauci, eppure il ricambio organico di queste si fa coll' istesso meccanismo degli organi interni. La differenza dipenderà forse da che nell'infezione generale difterica gl'intimi cambiamenti dell'organismo, cioè gli interni processi d'eliminazione del male, non devono farsi tanto facilmente, essendo più agevole guarire la parte che il tutto; e forse anche combinazioni chimiche che si formano nello stomaco e negli intestini possono contribuire a ritardarne i benefici effetti. Comunque sia prima di preferire il cloralio anche per uso interno agli altri farmaci più accreditati, ho creduto bene non dissimulare le difficoltà, le incertezze, le cause d'errore che di solito accompagnano queste ricerche per potere istituire dei serii confronti. Però non è meraviglia se anco con questo farmaco non tutti i casi gravi guariscono; e chi è mai quel medico serio che crede all' infallibilità dei rimedii? « Che vi siano, come diceva l'egregio dott. Ayr, alcuni casi di difterite che non ricevano conforto terapeutico, è fuori dubbio; come è fuori dubbio egualmente che anche in alcune perniciose la mirabile azione del chinino diventa inefficace, e l' infermo muore (1) ». Per combattere l' infezione generale l' indicazione è altrettanto netta che precisa; bisogna agire presto e bene; un giorno perduto porta sovente dei disordini irreparabili: se si aspetta, se si tergiversa, si lascia morire l'ammalato avvelenato dall' infezione difterica.

Ma quantunque il cloralio per uso interno in questa malattia non abbia in me ancora guadagnato una convinzione ben decisa in suo favore, pure mi sento fortemente incoraggiato a continuare le mie esperienze; e prego perciò tutti i colleghi che trovansi in favorevoli circostanze a volerlo esperimentare rigorosamente e scrupolosamente su vasta scala, onde chiarire quanto sia attendibile la mia opinione in proposito. Per gli increduli poi che vorrebbero negarne l'efficacia anche come topico, non posso che dire loro: il campo dell'esperienza è libero, esperimentate e poscia giudicate.

Frattanto l'egregio collega dott. Cotton, che, invitato da me, fece uso di questo farmaco, pieno d'avvenire per la medicina, in vari difte-

(1) « Annali univ. med. » fasc. aprile 1873, pag. 108,

rici, ebbe la gentilezza d'espormi la sua opinione autorizzandomi a pubblicarla in suo nome:

Dal mese di maggio sino alla fine di dicembre 1874 egli trattò col cloralio localmente ed internamente nel modo da me impiegato, come già vedemmo, 36 difterici: cioè 24 casi miti, tutti guariti in più o meno breve tempo; e 12 casi gravi, di cui 6 guarirono dai 10 ai 15 giorni di cura, e gli altri 6 morirono, fra questi 3 per croup difterico. In una sola famiglia, egli dicevami, osservai 8 casi di difterite, cioè 6 leggieri e 2 gravi; di questi ultimi, quello che sembrava il più grave fu trattato col cloralio localmente e per uso interno, mentre l'altro, che sembrava il meno grave, fu curato coll'alcool fenicato localmente e col decotto di china coll'acido fenico internamente. Il primo guarì più presto del secondo, nel quale vedendo persistere la malattia pensò sostituire alla cura fenicata quella col cloralio, ed ebbe una pronta risoluzione.

Il dott. Cotton, dalle cifre offertegli da questa statistica, si crede autorizzato a conchiudere che il cloralio per uso locale debba meritare il primato su tutti gli altri topici, perchè oltre essere il più efficace è anche meglio tollerato dai malati; in quanto alla sua azione per uso interno è anche efficace, ma non è così chiara come per uso esterno.

Anche il dott. Bensason crede che la glicerina cloraliata, come topico sull'essudato difterico, meriti il primo rango e lo arguisce da vari casi, ma principalmente dal pronto processo eliminativo ottenuto nell'esteso essudato difterico alla mammella, già citato nella 2.ª osservazione. In quanto all'uso interno del cloralio in questa malattia l'esperienza di Bensason per ora è muta, non avendolo ancora esperimentato (1).

Dopo tutti questi saggi incoraggianti il cloralio avrà un posto

(1) Da quello che ho potuto ricavare dalle letture a me accessibili sulla cura di questa malattia, non mi fu dato leggere che altri avessero esperimentato il cloralio nella difterite. Non fu che nel febbrajo del 1875 che l'amico dott. Tagiuri mi diede una tesi del dott. Carlo Cognard, nella quale trovai citato un articolo sul trattamento dell'angina difterica coll'applicazione esterna dell'idrato di cloralio del dott. Acetella (nella Campania medica-Caserta, dicembre 1873). Subito scrissi ad alcuni colleghi a Milano ed a Napoli per procurarmi la memoria originale, ma non ho potuto averla. Io non voglio far questione di priorità e son ben lieto che altri abbiano già esperimentato con successo il cloralio in questa malattia; se i fatti che ho narrati non avranno valore in linea di priorità, ne avranno almeno uno pratico. Ora mi resta a sapere se l'egregio dott. Acetella, o altri, abbiano usato il cloralio internamente per combattere l'infezione difterica.

distinto nella cura della difterite? Io non dubito che incontrerà fautori ed oppositori. Tutte le verità scientifiche, tutti i migliori farmaci ebbero apostoli e detrattori. Dal tempo quindi, da questo freddo ed inesorabile censore, aspetto la sanzione in favore o contraria al cloralio in questa malattia; giacchè se è dannoso, non solo non desidero che questo metodo metta radice, ma bramo sia combattuto vittoriosamente. Se poi è utile, malgrado l'opposizione trionferà, come è accaduto alla medicina solfitica che a poco a poco guadagnò terreno, giacchè non siamo più in tempi che tutte le scoperte trovavano mille ostacoli, molte volte insuperabili; oggidì sorgeranno ancora gli ostacoli, ma saranno più facilmente superabili. Ormai tutti i popoli si conoscono e comunicano regolarmente fra loro: non necessita più d' un mese ad una scoperta per fare il giro del mondo. Perciò, quando un nuovo metodo curativo ebbe vita, se è veramente efficace non muore più; da una mente si propaga a mille, si fa patrimonio di tutti i colleghi, che colle esperienze gli assicurano lo sviluppo ed il progressivo perfezionamento. Ecco il motivo per cui la scienza oggigiorno non riposa più, ma cammina, e corre infaticabilmente alla meta.

Prima di deporre la penna dimando scusa al lettore se, nel condurlo attraverso a lunghe discussioni, ho usato alcune volte un linguaggio alquanto accentuato; nè fu causa l'entità dell'argomento ed il bisogno di mettere in chiaro il danno d'un metodo curativo da un lato, e l'efficacia dall'altro di alcuni mezzi terapeutici temuti, od arbitrariamente ed in modo ingiusto calunniati. D'altronde quando si ha il coraggio delle proprie opinioni, si esprime sempre francamente e liberamente. Solo mi conforta d' avere avuto per guida delle mie osservazioni la scienza e la coscienza; e perciò questo mio resoconto fu fatto senza prevenzione e solo inspirato di buon volere. E qui pongo termine a questo mio qualsiasi lavoro, nel quale ho cercato colle mie deboli forze, di rischiarare qualche punto di questo ancora oscuro argomento. Che se a nulla fossi proprio riescito, avrò almeno la soddisfazione d'aver fatto il mio dovere, eccitando altri a mettersi sul cammino che mi era prefisso, per far fare progredire gli studj di questo sconfortante tema.

Tunisi, aprile 1875.

Quadro dimostrativo dei casi di difterite da me osservati nel 1874.

MESI DELL'ANNO	Numero dei malati	SESSO		ETÀ				FORMA DELLA MALATTIA					ESITO	
		Maschi	Femmine	Fino a due anni	Da due anni a 6	Da 6 anni a 15	Al di sopra	Casi miti	Casi d'infezione abortiva	Casi gravi nel 1.° periodo	Casi gravi nel 2.° periodo	Casi ipertossici	Guariti	Morti
1874														
Gennajo	3	2	1	...	1	1	1	3	...	...	...	...	3	...
Febbrajo	1	...	1	...	...	1	...	1	...	...	...	...	1	...
Marzo	5	2	3	...	...	1	4	5	...	...	...	...	5	...
Aprile	4	1	3	...	...	1	3	3	...	...	1	...	4	...
Maggio	13	6	7	...	5	3	5	10	...	...	3	...	12	1
Giugno	9	4	5	1	2	5	1	6	...	...	1	2	7	2
Luglio	9	3	6	...	2	3	4	7	1	...	1	...	8	1
Agosto	4	2	2	...	1	3	...	2	1	...	1	...	4	...
Settembre	2	2	...	...	1	1	...	2	...	...	...	...	2	...
Ottobre	4	1	3	...	1	...	3	4	...	...	...	...	4	...
Novembre	3	1	2	...	1	...	2	1	1	...	1	...	3	...
Dicembre	7	2	5	...	2	...	5	6	...	...	1	...	6	1
Totale	64	26	38	1	16	19	28	50	3	...	9	2	59	5

Il tubercolo solitario della dura madre. — *Tre osservazioni raccolte dal dott.* BOZZOLO *in Milano.*

La tubercolosi miliare della dura madre è un' alterazione rarissima, e fu anzi descritta soltanto nel 1866, per la prima volta da Wagner (1) che la trovò in un ragazzo di due anni, nel quale coesisteva a tubercolosi della pia madre e dei plessi corroidei, dei polmoni, del fegato, della milza e delle ghiandole linfatiche. Schüppel (2) la vidde pure in un ragazzo di due anni che offrì all' autopsia: tubercolosi miliare acuta generale, tubercolosi vecchia e recente ghiandolare, podartrocace destro e tubercolosi inguinale dello stesso lato; la tubercolosi della dura affettava la superfice interna di essa ed era limitata ai punti corrispondenti a quelli nei quali, sulla sottoposta pia madre, esistevano tubercoli. — Hering (3) ne riporta una osservazione da lui fatta in un ragazzo di sette anni morto coi fenomeni di meningite tubercolare e in cui si trovò: idrope dei ventricoli, tubercolosi dei polmoni, delle ghiandole bronchiali, del fegato, della milza. E pare che, anche nell'osservazione accennata di passaggio da Langhans (4) si trattasse, per lo meno, di una tubercolosi molteplice della dura che, anche in questo caso, era limitata alla superficie interna della membrana e concerneva un individuo giovane.

È dunque rarissima la tubercolosi miliare della dura madre e assai rara è anche la tubercolosi in genere di questa membrana; l'alterazione si presenta per lo più sotto forma di infiltrazione diffusa, caseosa, in vicinanza di focolaj tubercolosi delle ossa del cranio o delle vertebre cervicali (Foerster) (5). Secondo Sangalli (6) essa occorrerebbe colla medesima frequenza come la tubercolosi del cuore. Il tubercolo della dura madre poi, indipendente da focolaj tubercolosi

(1) « Arch. d. Heilkunde » Siebenter Jahrg. 1866, pag. 181.

(2) « Untersuchungen über Lymphdrüsentuberkulose. » Tubinga 1871, pag. 41.

(3) « Hystologische und experimentelle Studien über die Tuberkulose. » Berlino 1873, pag. 60.

(4) « Ueber Riesenzellen mit wandstandigen Kernen in Tuberkeln, und die fibröse Form des Tuberkels. » — « Virch. Arch. » Vol. 42, pagina 328.

(5) « Handb. der pathol. Anat. » Lipsia 1863, pag. 617.

(6) « Giornale d'anatomia e fisiologia patologica. » Pavia 1864, fasc. 2, pag. 92.

delle ossa del cranio e delle vertebre, quantunque molto difficilmente, si incontra però qualche volta, in particolar modo in autopsie di soggetti giovani, morti per tubercolosi diffusa a molti organi. Lebert ne disegnò uno della dura spinale nella tavola 104, figura 7 del suo grande trattato (1). In 387 cadaveri da me esaminati nell'Ospedale Maggiore di Milano dal febbrajo al giugno 72, quando io e il professore Bizzozero stavamo raccogliendo il materiale per il nostro lavoro sui tumori primitivi della dura madre (2) non rinvenni che due volte un tubercolo solitario di questa membrana, una volta in un ragazzo di 2 anni e un' altro in una giovinetta di 16. Un altro caso ebbi occasione di osservarlo a Torino, presenziando l'autopsia di un uomo di 27 anni, la quale offrì materia al prof. Bizzozero di una interessante osservazione che pubblicò in un suo recente lavoro (3).

Appunto per la rarità del tubercolo della dura, e per alcune particolarità di struttura che desso presenta in questa membrana, mi sembra non priva di interesse anatomico la pubblicazione di questi tre casi da me raccolti, tanto più che, per quanto io sappia, dacchè per iniziativa di Langhans (4) le nostre cognizioni sulla istologia del tubercolo si sono radicalmente modificate, pochi ebbero occasione di pubblicare studj sulla tubercolosi miliare della dura madre, nessuno sul tubercolo solitario di questa membrana.

Osservazione I^a^

In un bambino di 2 anni, morto nella Sala Casati (Ospedale Maggiore di Milano) si riscontrò all'autopsia: *Pneumonite caseosa e tubercolosi polmonare. Degenerazione caseosa e tubercolosi delle ghiandole bronchiali e mesenteriche. Degenerazione caseosa dei follicoli intestinali con ulceri tubercolari della fine dell' ileo e del ceco.* (Assenza di tubercolosi della pia madre).

Nella parte mediana della gran falce della dura si rinvenne un

(1) « Traité d'anat. pathol. » (La descrizione nel testo arriva soltanto alla tavola 104, fig. 6).

(2) Bizzozero e Bozzolo. « Studj sui tumori primitivi della dura madre. — Riv. clin. di Bologna, » 1874.

(3) « Sui rapporti della tubercolosi con altre malattie. — Atti della R. Accademia di Medicina di Torino, » 1874.

(4) L. c.

tumoretto del volume e della forma di un piccolo fagiuolo, aderente colla sua parte convessa alla superficie interna destra della medesima a circa un millimetro dal suo bordo libero. Questo tumoretto, a fresco appariva di color giallo rossigno, di consistenza molliccia, d'aspetto caseoso.

Venne posto ad indurire nel liquido di Müller e poscia nell'alcool, e riesaminato più attentamente più tardi si trovò della lunghezza di 15 millimetri, largo 9 millimetri, grosso 7,5 millimetri. Aderente alla dura per un tratto di 2-3 millimetri, senza peduncolo frapposto. La forma è piuttosto regolare, solo ad uno dei poli il tumore è alquanto rigonfiato. La superficie è leggermente e finamente granulata; la superficie di sezione è perfettamente liscia. Appare in essa come il corpo del tumore sia rivestito da una sottile membrana che gli costituisce una capsula. La sostanza del corpo risulta, sulla sezione a pezzo indurito, di color bianco giallognolo, uniforme, con alcune fine punteggiature di colore un po' più oscuro. La capsula è di colore meno chiaro, e più inspessita al polo rigonfio sicchè, mentre qui misura 1-1,2 millimetri in tutto il resto il suo spessore oscilla fra 0,25-0,45 millimetri.

La capsula nei suoi strati più esterni è costituita da tessuto connettivo reticolare che contiene nelle sue maglie cellule connettive grosse o piccole, arrotondate o poliedriche. Nel connettivo poi spiccano 1.° i vasi sanguigni arteriosi, venosi e capillari, in discreto numero, e che appajono ancora pieni di sangue. Al dintorno dei rami arteriosi le maglie connettive si dispongono in istrati concentrici e contengono maggior numero di cellule, costituendo così loro una specie di avventizia che può avere uno spessore fin doppio del lume del vaso. 2.° *cellule giganti* relativamente piccole e scarse, con buon numero di nuclei, e con pochi e corti prolungamenti e poche cellule epitelioidi.

Gli strati interni della capsula si distinguono dagli esterni perchè, nel connettivo, la sostanza fondamentale predomina alle cellule e diventa compatta, più omogenea, leggermente striata; insomma il tessuto si sclerotizza. Più verso l'interno, la capsula trapassa insensibilmente nel corpo del tumore; gli elementi diventano indistinti, il tessuto appare grossolanamente granulare, più opaco. Queste trasformazioni hanno luogo anche nelle cellule giganti e negli elementi che immediatamente le attorniano, anzi qui il tessuto diventa più finamente granulare ed ancora più opaco.

Con queste trasformazioni si ottiene la sostanza che costituisce il corpo del tumore in cui le fitte granulazioni permettono a stento

di riconoscere le traccie della struttura primitiva; i vasi sono affatto scomparsi, solo in qualche punto si scorgono ancora residui delle loro tonache. Le cellule giganti si riconoscono talora come ammassi di colore giallognolo, circondati da ammassi più oscuri o più opachi del tessuto circonvicino.

I punti che ad occhio nudo si scorgono nella massa tubercolare, constano di isole di tessuto connettivo che non subirono a diversità del tessuto che le circonda, la degenerazione granulo-grassa.

Osservazione IIª

Un uomo di 27 anni morto in una Sala dell'Ospedale di S. Luigi di Torino, presentò all'autopsia: *Tubercolosi meningea con meningite della base; tubercolosi del cervelletto; tubercolosi polmonare ed enterica. Fleboliti splenici. Focolaj caseosi dell'epididimo sinistro. Ascesso caseoso sotto aponeurotico dell'avambraccio sinistro. Tubercolosi peritendinea degli estensori digitali della mano sinistra. Gonartrocace sinistro con tubercoli della sinoviale.*

Alla superficie interna della dura madre ricoprente l'emisfero sinistro del cervello, in vicinanza del seno longitudinale superiore, esisteva un tumoretto della grossezza di una grossa lenticchia, della figura di un rene, attaccato, dalla parte corrispondente all'ilo, alla dura madre mercè un peduncolo allargato verso questa membrana a guisa di tromba frangiata. Esso è alquanto mobile, il suo colore è gialliccio la sua consistenza carnosa. Viene posto in liquido di Müller e poscia in alcool allungato. Una sezione del tumore fatta sul pezzo alquanto indurito mostra una superficie di taglio uniformemente gialliccia e leggerissimamente granulosa, il contorno però di esso è di coloro grigio lucente liscio e mal si può distinguere se quest'orlo sia dovuto alla sezione di una capsula che lo involge.

L'esame microscopico istituito su fettuccie ottenute mercè sezioni in gomma della dura madre e del tumore mostra che i vasi della dura in corrispondenza del tumore, sono numerosissimi, e grandemente dilatati. I fasci connettivi dello strato interno della membrana, invece di tenere un decorso orizzontale, paralello a quello degli strati esterni, discendono quali obliquamente e quali pressochè verticalmente all'imbasso, si dissociano e si scompongono in fascetti più esili che commisti a vasi costituiscono il peduncolo del tumore. Fra tali fascetti, tanto maggiormente quanto più si procede verso il tumore, si trova una notevole infiltrazione di cellule linfoidi. La trama connettiva del peduncolo trapassa insensibilmente nello stroma

del tumore il quale alla periferia è costituito da un intreccio piuttosto robusto di fascetti connettivi fra cui stanno vasi di varia dimensione e abbondanti cellule linfoidi, mentre nelle parti meno periferiche esso va gradatamente assumendo i caratteri di un finissimo reticolo linfadenoide nelle cui maglie stanno abbondantissimi le già accennate cellule linfoidi. Le parti centrali del tumore offrono ancora il reticolo ma mascherato da granulazioni oscure, tanto più abbondanti quanto maggiormente centrale è la parte che si prende in esame. Tanto verso la periferia del tumore, quanto verso il centro di esso si notano nelle sezioni sottili parecchie cellule giganti di cui le più centrali sono grosse, provviste di una enorme quantità di nuclei, e circondate da poche cellule epitelioidi; e le più periferiche sono più piccole, contengono pochi nuclei parietali mostrano molti prolungamenti che assieme contesti, costituiscono un elegantissimo fino reticolo in cui stanno cellule epitelioidi piccole e, alquanto più lontano, altre cellule giganti relativamente piccole.

La capsula cha appariva ad occhio nudo involgere il tumore, è qui, come nel caso contemplato nell'osservazione II.ª, formata dalla modificazione dello stroma degli strati più esterni del tumore.

Osservazione III.ª

All'autopsia di una ragazza di 16 anni morta nella Sala Lonati dell'Ospedale Maggiore di Milano per tubercolosi polmonare e tubercolosi della pia meninge, si trovò, sulla superficie interna della dura madre che tappezza, la fossa occipitale destra, un tumoretto del volume e della forma di una grossa grana di riso, di colore gialliccio di consistenza carnosa, sporgente dalla superficie interna della membrana, ed aderente alla medesima per mezzo di un brevissimo ed allargato peduncolo. Stante la sua piccolezza, il tumore venne posto tal quale nel liquido di Müller.

Nei preparati per dilacerazione insieme a molte fibre esili, di aspetto connettivo variamente intrecciate e pochi vasi, vidi isolate parecchie cellule grandi della forma e dell'aspetto di cellule giganti, però relativamente piccole, fornite di parecchi nuclei, per lo più periferici, costituite da un protoplasma granuloso, e fornite di 4, 5, 6 prolungamenti, di cui alcuni molto lunghi e biforcati ad una distanza varia dalla cellula.

Inoltre isolai una grande quantità di cellule dell' aspetto e della forma di cellule epitelioidi, ma pur esse provviste di uno o più prolungamenti. (Vedi fig. 1.). Là dove nel preparato queste, sebbene al-

quanto allontanate per la dilacerazione, apparivano ancora riunite a gruppo, si vede che i prolungamenti che da ognun di esse si diparte forma insieme coi prolungamenti delle altre un elegante intreccio, i cui fili assomigliano perfettamente alle fibre intrecciate che costituiscono in gran parte lo stroma del tumore.

Inoltre sempre colla dilacerazione, potei vedere grandi cellule appiattite costituite da un protoplasma poco granuloso, e piuttosto omogeneo, provviste per lo più di un unico nucleo e anch'esse fornite di 4, 5 e più prolungamenti affatto analoghi a quelle delle cellule testè descritte. (Vedi fig. 2.). E infine isolai anche una grande quantità di cellule evidentemente connettive allungate a guisa di fuso, di aspetto endotelioide, mostranti o sulla parte allargata, se fusiformi, o sulla laminetta endotelica, applicato un nucleo grande, ovale nucleolato. (Fig. 1).

Le fettuccie del tumore ottenuto col metodo della gomma, offrono molti noduletti tubercolari costituiti nelle parti più centrali da una cellula gigante grande, circondata da numerose cellule endotelioidi e nelle più periferiche da cellule giganti più piccole provviste di prolungamenti circondate da cellule epiteloidi.

Fra queste e specialmente fra quelle della parte periferica si può collo spennellamento preparare un reticolo fino ed elegante formato con molta evidenza dai prolungamenti delle cellule epitelioidi stesse.

Anche in questo tumore poi, come negli altri due, nella parte più esterna si modifica lo stroma facendosi il reticolo che lo costituisce più esile ed a maglie strettissime.

Dappertutto nel reticolo trovasi una certa quantità di cellule di aspetto linfoide e di cellule connettive allungate.

Notevole adunque oltre che per la sua rarità è la costante secondarietà della tubercolosi della dura madre. Infatti nessun caso venne finora registrato nella letteratura in cui questa alterazione sia apparsa nella dura madre senza che contemporaneamente se ne trovassero affetti altri organi i quali più comunemente vanno soggetti alla tubercolosi.

Per lo più anzi la tubercolosi della dura madre si accompagna a quelle di organi vicini. (Ossa del cranio, cervello, più meninge).

Notevole poi nei casi qui descritti è la *solitarietà* del tubercolo, cosa tanto più degna di nota, in quanto che il tubercolo della dura si assomiglia per la sua struttura al tubercolo della sostanza del cervello, il quale, come si sa, è molto spesso solitario, e come quello della dura madre si rinviene specialmente negli individui giovani.

I tubercoli della dura madre furono visti da alcuni (Langhans ed A.) svilupparsi in una membranella neoformatasi alla superficie interna di essa.

Nei casi da me raccolti essi erano involti in una capsula formata da una modificazione degli strati esterni dello stroma del tubercolo stesso, presentando così una certa analogia con quanto si osserva al dintorno dei focolai tubercolosi cerebrali e di altri tumori connettivi del cervello che sono circondati da un involucro connettivo formato e da una modificazione di struttura degli strati esterni del tumore e da una grave iperplasia del connettivo della sostanza cerebrale che li circonda.

Ma più che tutto degno di nota sono nel tubercolo della dura madre la particolarità che presentano le sue cellule giganti di essere provviste di numerosi e lunghi prolungamenti, e le sue cellule di offrire pur esse dei lunghi prolungamenti che le tradiscono di natura connettiva, e quella particolare specie di reticolo che si origina dal vario intreccio di tutti i prolungamenti delle cellule giganti ed epitelioidi.

Infine è da considerare l'abbondanza e la varietà degli elementi connettivi trovati del tumore che forma oggetto della 3ª osservazione, e si deve tener calcolo di quelle cellule connettive grandi appiattite provviste di numerosi prolungamenti le quali, ove fossero fornite di maggiore quantità di nuclei, e ove il loro protoplasma fosse meno omogeneo, e più granuloso riprodurrebbero perfettamente la figura di alcune cellule giganti trovate nel tumore stesso.

Senza concludere alcun che da queste forme e solo sperando di avere apportunità di usufruire di un materiale più abbondante di quello, scarsissimo, che mi fornì il tumore di cui è parola, io segnalo alla considerazione degli studiosi questo fatto che forse metterà in rapporto strettissimo gli studi delle alterazioni degli endoteli con quelli della istologia del tubercolo e della origine delle cellule giganti, oramai così oscura e dibattuta, studi che del resto sono già stati impresi con profitto mercè ricerche sperimentali e anatomopatologiche da *Bizzozero* in Italia e in Germania da *Herrenkohl* (1) da *Rustizky* (2) e da *Zielonko* (3).

Milano, marzo 1875.

(1) « Wucherungen der Endothelien bei pathologischen Neubildungen » (« Inaug. Dissert. ») Bonn 1873.

(2) « Untersuchungen über Knochenresorption und Riesenzellen ». (« Virch. Arch » LIX, pag. 202).

(3) « Ueber die Entwickelung und Prolifaration von Epithelieu und Endothelien. » (« Arch. f. mik. Anat. ») Vol. X puntata 3ª 1874.

Sopra alcune alterazioni congenite dell' organo dell'udito; *del dott.* G. MORI. — (*Dal Laboratorio di Anatomia Patologica della R. Università di Pavia*). (*Continuazione e fine. — Vedi fascicolo precedente a pag. 31*).

II.

Vizii del padiglione dell'orecchio.

I difetti congeniti, i vizii di conformazione del padiglione dell'orecchio non sono estremamente rari, e questi, tranne quando limitati al solo padiglione per malconformazione di esso, non rappresentano che il capriccio e la bizzaria della natura ed una varietà individuale, coincidono sovente volte con alterazioni di altre parti dell'apparato auditivo, cassa e condotto acustico esterno, offrendo un campo ristretto quanto importante. Soggette alla diretta osservazione non è a dire come fossero così fatte alterazioni, conosciute fin dai primi tempi e come a varie riprese fosse questo argomento svolto ed aumentato di sempre nuove osservazioni. Frequentemente unilaterali, queste anomalie differentemente comportansi secondo che il processo nutritivo venne disturbato o completamente arrestato nel primo periodo di formazione od in quello consecutivo di sviluppo (1). Dal

(1) Il padiglione dell'orecchio va pure soggetto alle alterazioni proprie ai tessuti dei quali esso risulta costituito, cute, tessuto cellulare, vasi, nervi; e i processi morbosi qui non assumono nessun carattere speciale di quando essi hanno sede in identici tessuti di altre parti del corpo. Può questa parte quindi presentare i caratteri di alterazioni inerenti e consecutive alle infiammazioni, agli eczemi, sclerosi ed inspessimenti della cute massime in seguito a ripetute piaghe da gelo, cicatrici da pregresse lesioni, ferite, scottature. In una donna epilettica osservai completamente distrutta la metà superiore del padiglione sinistro, consecutivamente ad estesa scottatura.

Oltre le concrezioni calcaree non sono infrequenti in questa località le produzioni da tessuto morboso, le cisti ed altri tumori di diversa natura, dei quali alcuni proprii a questa regione, l'otematoma, del quale si disse per diritto e per rovescio, ed i tumori fibrosi del lobulo dell'orecchio. Bilroht così spiega la formazione di questi tumori. In seguito alle piccole ferite da punta praticate al lobulo onde soddisfare alla abitudine di portare gli orecchini, sviluppasi talora intensa flogosi con suppurazione, intorno all'orificio di entrata e di uscita del forame crescono lussureggianti vegetazioni le quali si coprono di epidermide e la cica-

vario punto di origine e secondo la diversa epoca del loro apparire queste condizioni particolari si appalesano al padiglione dell'orecchio colla semplice mancanza dell'elice e del lobulo, o colla mal conformazione e poca regolarità di tutte le salienze ed infossature caratteristiche a questa appendice, trago, antitrago, antelice, parti le quali sono talora così avvicinate ed infossate da chiudere, accartocciate, ermeticamente il meato auditivo. Di simil genere vengono riportati casi dal Boyer, Follin, Bonnafont ed altri. Il diverso modo di presentarsi di queste parti del padiglione modifica la forma di esso dandone altrettante varietà: di quì le orecchie lunghe, le quali apportano alla fisionomia una poco grata somiglianza, le larghe, le ro-

trice così formata, continuando ad aumentare di volume, produconsi in ambe le superficie del lobulo piccoli tumori di tessuto connettivo, piccoli fibromi. Secondo C. O. Saint-Vel questi tumori eccezionali in Europa sarebbero comunissimi nelle Antille. Questo Autore nel suo « Traité des maladies des region intertropicales » a pag. 475 asserisce di avere spesse volte riscontrati questi tumori, dei quali la razza bianca ne sarebbe quasi esente, mentre la razza nera vi sarebbe singolarmente predisposta. Trovati sulle donne adulte mulatte e a pelle oscura, il Saint-Vel attribuisce la formazione di questi tumori alla stessa causa, alla irritazione prodotta dagli enormi e pesanti orecchini che stirano e lacerano il lobulo. Talora si possono riscontrare qui dei piccoli tumoretti cutanei. delle verruche, le quali raggiunto un massimo volume possono interessare la facoltà auditiva chiudendo il meato esterno. Alla gentilezza del prof. Sangalli, devo l'osservazione di cui qui appresso. Nel cadavere di una donna di media età, riscontravasi in corrispondenza dell'antelice dell'orecchio sinistro un tumore della grossezza di una piccola noce, ed un altro molto più piccolo simmetricamente posto nell'orecchio destro. La cute era il substrato di questo tumore, il quale aveva la forma di una semisfera, di superficie granulosa, come quella di una mora, sparsa di qualche lungo pelo, rivestita dalla cute di color naturale, in qualche punto di color brunastro. Il tessuto della stessa al taglio presentavasi bianchiccio, stipato, umettato di siero, ed in un punto vedevasi una sostanza gialliccia, prodotta da degenerazione adiposa. Coll'esame microscopico di questo tessuto si trovò uno stroma composto di fibre disordinate, senza fibre elastiche, in qualche luogo disposto a maglie irregolari, tra esse v'erano dei piccoli nuclei, i quali apparivano in grande abbondanza dopo l'azione dell'acido, che distruggeva le fibre. Qui e là vi erano delle cellule d'adipe e dei piccoli gruppi di queste. Nella parte gialliccia sopra indicata colla distruzione degli elementi si vedevano delle goccie adipose, delle granulazioni simili e dei cristalli di colesterina (fig. 11); questo preparato è posto nel Gabinetto Sangalli di questa Università.

tonde, le angolose ecc., ed è forse a queste molteplici modalità di forma che Lavater inspiravasi ad attribuire al padiglione grande importanza nella fisionomia. Esattamente riprodotte per eredità del padre il padiglione permetterebbe, secondo Joux di stabilire la paternità, e dar valore all'adagio: « Montre moi ton oreille je te dirai qui tu es, d'oû tu viens, ed ou tu vas » il quale avrebbe sicuramente male risposto applicato all' orecchio di uno dei più valenti musicisti, Mozart, che dicesi fosse fornito di un orecchio considerevole e deforme.

Talora al lobulo solo è circoscritta la viziatura, in taluni individui impicciolito ed atrofico, talvolta in altri assume un volume straordinario da richiedere l'intervento dell'arte; può intieramente mancare, od essere solo formato da una piccola ripiegatura di cute della faccia; tal' altra diviso, fesso in senso longitudinale e trasversale. Pure il trago può mancare od essere la porzione cartilaginea corrispondente mascherata e nascosta nello spessore della cute, senza costituire la propria salienza. In un giovine di anni 10 di Udine mediocremente sviluppato, sano, ben nutrito e di mente svegliata il padiglione sinistro presentavasi deformato, mentre il destro non era che posto più in alto ed il trago un po' più piccolo del normale. Era desso inserito ad angolo regolare, e misurava 50 mill. di altezza e 35 di larghezza massima. L'elice e l'antelice erano regolari ed il trago sembrava mancante perchè seppellito nello spessore della cute mentre tasteggiato sentivasi la cartilagine che ne formava l'armatura. Sopra il trago e sotto la piega regolare dell' elice notavasi un corpicciolo conico, a base libera, rivolto all' esterno ed all' avanti. Esso era ricoperto dalla cute normale e misurava 5 mill. di lunghezza e 4 millim. di larghezza alla base, la quale continuavasi con una linea cutanea che penetrava nella conca sotto e parallellamente alla radice dell'elice. Questa prominenza al tatto non palesava nessuna struttura cartilaginea ed era di consistenza minore di quella del lobulo. La conca appariva ampia, lasciando scorgere il meato uditorio e parte del condotto, il quale appunto per la ampiezza della conca compariva foggiato ad imbuto lasciando scorgere profondamente la membrana del timpano. In questo individuo la conca ed il meato erano posti quasi al centro del padiglione, ed il condotto auditivo, per quanto debolmente, presentava le sue curve caratteristiche (fig. 6). (1).

(1) La conoscenza di questo esemplare, unitamente a quella di altri che verranno in prosieguo, la devo al prof. Zoja, che volle comunicarmeli con gentile tratto d'animo, del quale ne serberò sempre una grata memoria.

Monfalcon osservava un trago assai prominente, il quale copriva intieramente l'orificio del meato uditorio, come avrebbe potuto farlo una valvola, e Walther notava un padiglione nel quale la parte posteriore dell'elice ed il lobetto erano ruotolati in ispirale, dal di dietro all'innanzi sul condotto strettissimo.

Venne osservato da alcuni sì il difetto dell' intiero padiglione quanto la sua duplicità ed a questi vizii corrisponderebbe quasi sempre la mancanza del condotto auditivo e della membrana del timpano: così parrebbero concludere le osservazioni di Cooper, di Lycosthenes il quale osservava la mancanza del padiglione in un giovine del resto ben conformato e nel quale il condotto auditivo era chiuso. Hahl riporta il caso di una bambina alla quale mancavano entrambe le orecchie; così riportano pure Oberteuffer, Fritelli ed altri. Le orecchie sopranumerarie è caso difficilmente riscontrabile; di un fanciullo provveduto di quattro orecchie, sarebbe riportato dal Cassembon delle quali due poste naturalmente e le altre al disotto ai lati del collo: in questo caso esistavano due rocche petrose per ciascun osso temporale.

Molto più meritevoli di attenzione, che non le semplici deformità del padiglione, sono quelle malformazioni concomitanti ad atrofia o mancanza completa di altre parti dell'organo auditivo, Jaeger, Thompson, Toynbee ne riportano curiosi casi.

Il dott. Perusini di Udine osservava in una neonata una malconformazione del padiglione destro, con atresia del meato uditorio. Venuta dopo pochi giorni a morte la piccola paziente, egli raccolta la testa la inviava intatta al prof. Zoja, il quale dietro domanda, la consegnava a me affinchè l'osservassi.

Di volume normale, la testa di questa bambina, appariva leggermente impicciolita nella metà destra della faccia, l'occhio destro e la metà corrispondente del naso più piccoli. L'angolo destro della bocca molto stirato verso il padiglione, e questa condizione, come rilevasi dalla lettera colla quale il dott. Perusini accompagnava il pezzo, appariva molto più palese allorchè la bambina piangeva. Il padiglione, irregolare, presentava la sua forma caratteristica, un pò accartocciato, più piccolo del sinistro ed impiantato più anteriormente di quest'ultimo distava dall'angolo della bocca di soli 26 mill., mentre l'orecchio sinistro ne distava 58 dall'angolo sinistro; posto più in alto era lungi dall'angolo esterno dell'occhio destro per 20 mill. Era inserito ad angolo tendente al retto, senza nessuna traccia di conca e di porzione orizzontale della cartilaggine auricolare; colla sua faccia concava guardava direttamente all'avanti. Misurava 27 mill. di altezza

e 16 di larghezza. La ripiegatura dell'elice ingrossata e robusta prolungavasi in basso, formando con una rilevatezza un piccolo lobulo, schiacciato, aderente alla cute della quale sembrava una ripiegatura. Un'altra plica, corrispondente all'antelice, partendo dalla parte alta dell'elice, portavasi in basso ed all' avanti terminando in un piccolo corpicciuolo tondeggiante molle e senza traccia di cartilaggine. Questo rialto divideva la faccia concava del padiglione in due profonde solcature, superiore ed anteriore l'una, inferiore e posteriore l'altra. Inferiormente e 7 mill. circa all'avanti del padiglione notavasi una prominenza, appiattita, di circa 10 mill. di altezza e 7 di larghezza, simigliante ad un trago normale, la quale al tatto mostrava resistenza cartilaginea. Fra il padiglione e questa appendice eravi una depressione, che indicava l'apertura del condotto, ma il meato mancava intieramente. Una simile infossatura appariva più in alto verso l'angolo esterno dell'occhio destro (Fig. 7). Al disotto della cute un grosso cuscinettodi tessuto adiposo divideva questa dall'osso temporale il quale formava un sol pezzo colla grande ala dello sfenoide, per mezzo della sua porzione squamosa e zigomatica, e l' apofisi di questo nome alla sua radice era allargata ed appiatita da rappresentare quasi una lamina saliente. (figura 8, g.) L' anello timpanico e la membrana del timpano mancavano completamente ed al loro posto eravi una apertura irregolare a margini frastagliati, formata dalla porzione squamoso e mastoidea e da parte della grande ala dello sfenoide, chiusa da una membrana, equivalente alla miringe, ma composta di un tessuto fibro-legamentoso, analogo a quello che costituiva le fontanelle (fig. 8 a). Questa membrana prolungavasi in basso formando il pavimento della cassa e la parete inferiore esterna della tuba, la quale con tragitto breve aprivasi nella faringe normalmente (fig. 8 c).

Nella depressione formata da questa apertura si adagiava il condilo della mascella inferiore, di forma tondeggiante, serrato da lasso tessuto fibroso che faceva l'ufficio di caspula dell'articolazione temporo-mascellare la quale era priva di cartilagine meniscoide.

La cassa era rappresentata da una cavità ristretta ed irregolare, tappezzata da esilissima mucosa. Le cavità del labirinto un pò più piccole di quelle del lato sano erano normali. Mancavano intieramente le ossicina e la finestra rotonda ed ovale erano chiuse dalla mucosa.

In questo caso eravi viziatura del padiglione, atresia del meato acustico, mancanza dell'anello timpanico, della membrana del timpano e della ossicina, scomparsa della cavità glenoidea. Esso viene

quindi ad affermare la regola, che alla malformazione dell' orecchio esterno s'accompagni difetto di sviluppo del meato e condotto auditivo, e che scientificamente considerati questi vizii sono essi pure soggetti a leggi alle quali stanno strettamente si può dire, collegate. Nei casi dal Thompson citati, il labirinto era normale, la cavità del timpano e la parte ossea della tuba esistevano, ma più ristrette, le ossicina erano formate ed unite in modo da avere analogia colla calumella degli uccelli ed il meato esterno era obliterato per mancanza dell'anello timpanico. Il Toynbee riporta di un individuo, l'orecchio esterno del quale, consisteva in una piega della pelle, simile per la forma ed al volume al lobulo naturale, ma diretto all'avanti, in modo che la superficie concava, si applicava direttamente alla superficie della testa nascondendo il trago, più piccolo del normale. Un legger infossamento dei tegumenti indicava la posizione del meato, il quale mancava completamente, colla membrana del timpano. La cavità della cassa era molto più piccola della normale ed era tappezzata di una mucosa esile. Le ossicina esistevano, ma deformati e il labirinto era normale.

Si possono quindi raggruppare i reperti anatomici di queste alterazioni, come dice il De-Rossi, in una diversa viziatura del padiglione, infossamento nell'osso corrispondente all'apertura del condotto auditivo. Da questo infossamento partono delle fessure dirigendosi verso la cavità glenoidea, la quale talora è ingrandita, mentre in altri è mancante. Una membrana, analoga alla membrana del timpano rinchiude la fessura. Manca l'anello timpanico, la cassa poco sviluppata, deformate o completamente mancanti le ossicina, quasi sempre normale il labirinto. Infine anomalie del padiglione isolatamente senza corrispondenti lesioni del condotto e di altre parti.

Questo costante modo di comportarsi dei vizii di conformazione dell' orecchio trova ragione nella relazione di alcune parti e nella indipendenza di altre di questo apparato, durante lo sviluppo fisiologico; dai disturbi dai quali essi hanno origine e che possono essere isolati e limitati a singole parti, o differenti infine a seconda del tempo nel quale venne disturbato il processo formativo.

A certe deformità alle quali può andar soggetto l'apparato auditivo, devesi aggiungere quelle del condotto auditivo osseo. Io credo che non vi abbia parte dell' organismo umano che più differentemente presentasi di questo meato; talchè il Wilde nell'aver osservato un grande numero di tali deformità, dubita che le persone affette sieno proclive alle malattie dell'orecchio. La forma del condotto auditivo, il suo calibro, le sue curvature tanto modificansi in ciascun indivi-

duo, da essere cosa ben difficile il trovare due di questi canali uguali. Non devesi però, io credo, a tutte queste deviazioni attribuirle grande importanza sotto il punto di vista della embriogenia patologica, poichè è cognizione comune, che al momento della nascita, il condotto auditivo osseo non è rappresentato che dal cerchiello timpanico il quale col concorso dell' osso temporale viene in progresso a costituire il condotto auditivo. È appunto durante questo processo evolutivo, che interrotto, possono avere origine quelle aperture talora circolari e tal'altra irregolari, allungate, che frequentemente trovansi nella parte anteriore inferiore del condotto auditivo, da taluni attribuite ad atrofia in seguito alla pressione esercitata da ammassi di cerume indurato, e da altri in seguito ai continuati movimenti della mascella inferiore. Altre cause durante la vita possano lentamente modificare la condizione del condotto, restringendolo, od ampliandolo. Il Toyinbee riporta casi di considerevoli dilatazioni del meato esterno in seguito alla pressione esercitata da un tampone di cotone, dall'accumolo di cerume ecc. L'età e la caduta dei denti molari parrebbero avere influenza sulla dilatazione del condotto e sulla sua direzione. Una dilatazione congenita sarebbe secondo Huschke un arresto di sviluppo.

Una curiosa alterazione notasi in un osso temporale di un adulto conservato nel Gabinetto di Anatomia normale di questa Università. Ecco quanto leggesi relativamente a questo preparato, nel Catalogo dell'anno 1864. « In un cadavere di un uomo di età avanzata si vidde « alla parte sinistra della testa, al di dietro subito *dell'orecchio* un « ampia apertura a contorno osseo, che metteva in una estesa ca- « vità *tappezzata dai comuni integumenti*, cavità molto profonda « la quale introducendo il dito si scorgeva interessare lo spessore « del processo mastoideo ed estendersi verso la cavità del timpano, « e che la membrana di questo nome *non esisteva* e gli oggetti di « questa cavità erano alquanto alterati, cioè deformata e ristretta la « finestra ovale ampia la finestra rotonda.

Di subito osservato quest' osso temporale, giudicasi appartenere ad un uomo adulto e robusto, tant'è la solidità e compattezza delle parti che lo compongono. La porzione petrosa è accorciata e rappresenta un cono ad ampia base. La faccia anteriore e superiore di esso è molto convessa e pressochè di superficie liscia. Il condotto auditivo interno ovale, schiacciato e un po' ristretto; pochissimo risentita la solcatura corrispondente al seno laterale venoso. Piccolo il foro lacero-posteriore.

Nella sua superficie esterna, fra l' apofisi mastoidea e la radice

del processo zigomatico, quest'osso, presenta un'ampia apertura, foggiata a cifra otto del massimo diametro di centimetri tre, di larghezza 1. 1|2 diretto dall' alto al basso e dall' indietro all' avanti. È dessa a margini tondeggianti e seminata al suo bordo da salienze ossee, formanti una piccola cresta nella parte anteriore di essa (fig. 10 a).

Questa apertura immette in una grande cavità irregolare, nella quale si può comodamente muovere il dito pollice, a superficie liscia e levigata a pareti assottigliate, che riunisce in un solo antro il condotto auditivo, la porzione mastoidea della rocca petrosa e l' apofisi mastoidea. È quindi essa costituita dalla parete anteriore ed inferiore del condotto auditivo esterno e dalla lamina anteriore superiore della rocca petrosa all'avanti ed in alto; dalla parete posteriore della rocca e dalla assottigliata lamina ossea dell'apofisi mastoidea posteriormente od all'esterno. In questa cavità notansi delle varie aperture irregolari in corrispondenza del seno venoso (fig. 9 a.) laterale e nella parte anteriore inferiore del condotto auditivo, il quale è segnato da un profondo solco diretto verso la cassa, alla parte inferiore, sul pavimento di questa anomala cavità per un tragitto di 2 cent. (fig. 10 b.). Profondamente a quest'antro un'apertura irregolarmente circolare, a margini tondeggianti permette di vedere l'antro timpanico, piccolo ed irregolare e la parete posteriore di esso, formata dal promontorio, finestra ovale e rotonda, ristretta e lineare la prima, ampia, tondeggiante la seconda. Allungata l' apofisi stiloidea, normale il foro stilo-mastoideo, robusta l' apofisi sigomatica. Ampio il foro e canale carotico, regolare il foro ovale ed ampi i seni sfenoidali.

È questo un caso di straordinaria ampiezza del condotto auditivo, che certamente devesi ad una anormalità di sviluppo. La cute qui, come rilevasi dalla nota sopracitata tappezzava tutta la cavità, formando un setto cutaneo in corrispondenza della membrana del timpano. In vero non appare ben chiaro il rapporto del padiglione coll'ossatura, ne come si comportasse il condotto auditivo membranoso, ma pare che questo nulla offrisse di straordinario e mancasse la parete superiore e posteriore di esso, se il sommo anatomico che raccoglieva il pezzo, il Panizza, non credette di farne nota. Lo stesso Huschke riporta di una bambina di sei anni la quale presentava il meato uditorio tanto ampio d'ammettere il dito minimo, osservata da Morelot; e Blandin riporta di un ragazzo il quale in corrispondenza della apofisi mastoidea presentava l'orificio di un con-

dotto auditivo accidentale che comunicava col condotto auditivo normale.

Dal fin quì esposto vedesi, in quanto vario modo possa il delicato organo dell'udito viziarsi, e come in questi perturbamenti ed arresti di sviluppo possono talune parti essere perfettamente sviluppate, mentre altre essere deformate o mancare in parte od in totalità. Il labirinto, la cui formazione è collegata al sistema nervoso centrale difficilmente prende parte alle alterazioni dell' orecchio medio ed esterno che provengono dalla trasformazione della prima fessura faringea (1). A questa condizione ed a questa indipendenza la quale, quantunque viziate le parti accessorie dell'organo, pure permette l'integrità della parte essenziale di esso, devesi riferire se alcuni affetti da mancanza del padiglione, atresia del condotto ed alte deformità fossero dotati di alquanta facoltà auditiva (2). E se più volte i chirurghi tentarono di rimediare a queste alterazioni, aprendo una via alle onde sonore, tentativo che non fu mai coronato da un felice successo.

(1) Betz descrive una fistola congenita del padiglione. In una bambina di dieci anni egli avrebbe trovato sul lobulo dell' orecchio sinistro una apertura fistolosa, con tragitto di due millimetri diretto orizzontalmente ed all'indietro della cartilagine della conca, tra questa e la pelle, terminando a cul di sacco. Le pareti erano indurite, d' onde la sensazione al tatto di un cordone dello spessore di un ago. Sarebbe questa anomalia secondo Betz, risultato di un disturbo della prima branchia, la quale chiudendosi nella parte mediana, forma due aperture, la superiore delle quali costituirebbe il condotto auditivo e l'inferiore scomparirebbe in seguito. La persistenza di quest'ultima sarebbe l'origine della fistola.

(2) Il Cooper assicura che il ragazzo da lui osservato con mancanza di entrambi i padiglioni discretamente sentisse. Così pure erano dotati di certa facoltà auditiva gli individui osservati da Toynbee, Thomson, Mussey ed altri.

Spiegazione delle figure (1)

Fig. 6.ª — Malconformazione di un padiglione dell'orecchio sinistro.

Fig. 7.ª — Deformità del padiglione con atresia del meato acustico esterno.

Fig. 8.ª — Osso temporale.
a. apertura corrispondente dell'anello timpanico, e tessuto fibro-legamentoso.
b. foro carotico.
c. tuba d'Eustacchio.
d. porzione del turbinato inferiore.
e. processo pterigoideo.
f. grand'ala dello sfenoide.
g. apofisi zigomatica.

Fig. 9.ª — Osso temporale guardato dall'avanti all'indietro.
a. aperture corrispondenti al seno venoso.

Fig. 10.ª — Osso temporale guardato dall'indietro all'avanti.
a. cresta ossea.
b. solcatura del condotto auditivo.
c. finestra rotonda.
d. finestra ovale.

Fig. 11.ª — Grossa verruca della cute dell'antelice.

(1) Le figure 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, vennero ricavate fedelmente dal vero dal mio amico dott. Corrado Parona assistente alla Cattedra di Zoologia di questa Università; e al quale rendo i più sentiti ringraziamenti

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del dott. G. B. SORESINA

Il Jaborandi. — Cronaca.

Aimé-Martin — *Sull' azione fisiologica dalle injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina.*

Voisin — *Della cura della pazzia colle injezioni sottocutanee d'acetato e di cloridrato di morfina, come è prescritto a Illenau.*

Bourneville — *Rivista sul monobromuro di canfora.*

Schliep — *Dell'uso della pompa stomacale.*

Röhrer — *Dell'idroterapia nelle affezioni infiammatorie dell'encefalo.*

Little — *Cura di alcuni sintomi del periodo consecutivo della tisi polmonale.*

Luton — *Uso dei cianuri nella cura del reumatismo articolare acuto.*

Weill — *Del croton-cloralio idrato.*

Tommasi — *Nota sul croton-cloralio.*

Gubler — *Dell'azione della conicina sulla sensibilità cutanea.*

Dujardin-Beaumetz — *Nota sull'azione terapeutica dell'apomorfina.*

— *Sull'azione fisiologica e terapeutica dell'apomorfina.*

Oré — *Dell'anestesia chirurgica colle injezioni intravenose di cloralio.*

Higgison e Hall — *Cura del cholera colle injezioni sottocutanee d'idrato di cloralio.*

Bouyer — *Dell' uso dei preparati arsenicali nella cura delle malattie del cuore.*

Roubaud — *Il bromuro di litio.*

Landowski e Durand — *Del kumis.*

Riva — *Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo della pleurite.*

Dorville — *Cura delle febbri intermittenti col solfato di chinina associato all'alcool.*

— *Acido salicilico quale disinfettante.*

Wagner — *Acido salicilico nella difterite.*

Douglas — *Acido fenico e malattie zimotiche.*

Lewald — *Terapeutica dei neonati per mezzo del latte della loro nutrice.*

Fraeckel — *Il nitrito d'amile contro la cardialgia.*

Henneberg — *Il bromo nella cura del carcinoma dell'utero.*

Dal Monte C. — *Storia di un caso di occlusione intestinale guarita coll'elettricità.*

Klingelhoeffer — *L'acido fenico nella pustola maligna.*

Scüller — *Del nitrito d'amile contro gli effetti del cloroformio.*

Ladendorf — *Dell'azione del nitrito d'amile sui corpuscoli del sangue e sulla temperatura del corpo durante l'inalazione di questa sostanza.*

— *Sui danni delle applicazioni della tintura d'arnica.*

Hagen — *Osservazioni sull'acido fenico quale antiflogistico.*

Windelband — *Injezione d'acqua calda per arrestare l'emorragia uterina.*

Guillaument — *Cura delle piaghe atoniche e delle ulcerazioni croniche col solfuro di carbonio.*

Michel — *Del solfuro di carbonio nel trattamento esterno delle ulcerazioni croniche.*

Gontier — *Della cura del tetano traumatico coll'idrato di cloralio.*

Bergeron — *Il cloroformio nella chirurgia dei bambini.*

Greenway — *Cura della pneumonite coll'acido fenico.*

Ritter — *Modificazione delle orine sotto l'influenza dell'acqua carica di protossido d'azoto, od acqua ossiazotica.*

A. C. — *Mezzo semplice e rapido per far scomparire gli ingorghi lattei precursori degli ascessi della mammella.*

Lender — *Produzione artificiale d'ozono.*

— *Purgante aggradevole.*

Il Jaborandi; — Cronaca.

Nel vol. I, anno VI 1874, pag. 478 della Rivista di Medicina di Chirurgia e di Terapeutica, abbiamo avvertita, e crediamo pei primi in Italia, la comparsa del nuovo farmaco, il *jaborandi*, arrecato in Francia dal Nord del Brasile, dal dott. Coutinho, di Pernambuco.

Stando alle indicazioni dello stesso Coutinho, dicemmo essere il jaborandi un arbusto, le di cui foglie rassomigliano molto a quelle del lauro; che impiegansi in terapeutica le foglie ed i ramoscelli soppesti alla dose di 4 a 6 grammi in infusione di 150 a 200 di acqua calda. Dicemmo, come l'individuo a cui venga propinato, sia invaso tosto da copiosi sudori e da abbondante secrezione salivale e bronchiale. Aggiungemmo, infine, come il prof. Gubler, di Parigi, all'Ospedale Beaujon, ne facesse le prime sperienze, e come confermasse pienamente le osservazioni di Coutinho, osservando che gli effetti diaforetici e scialagoghi del jaborandi sono *estremamente rimarchevoli e d'una evidenza irresistibile.* (Vedi l'articolo).

Nel vol. II, anno VI 1874, pag. 245 della stessa Rivista, riferimmo lo studio fatto dal dott. Rabuteau sulle foglie del jaborandi: Studio che l'autore divise in parte chimica ed in parte fisiologica. Stabiliti da esso

i caratteri fisici dell'acqua distillata e non distillata di jaborandi, e tenuto conto degli effetti conseguiti con vari reattivi, concluse, che le foglie del jaborandi non contengono alcun alcaloide, ed il loro odore parergli essere dovuto ad un principio fugace; d'altra parte, ch'esse contengono un principio amaro, solubile nell'alcool. Sperimentò sopra sè stesso un' infusione di grammi 2,90 di jaborandi in 200 d'acqua, e ne ottenne copioso sudore e scialorrea. La temperatura della bocca, quasi normale, riscontrò elevarsi un poco al momento della maggiore intensità della salivazione. Le foglie che servirono alle sue sperienze gli furono date dallo stesso Coutinho. In una nota posteriore, pòi, Rabuteau dice di aver riconosciuto che il principio attivo, scialagogo e sudorifero, era la sostanza amara del jaborandi. (Vedi l'articolo).

Dopo i due accennati articoli di Gubler e Rabuteau, la discussione e le esperienze sul jaborandi essendosi continuate, ed anzi continuandosi tuttavia con fervore, abbiamo creduto perciò di far cosa gradita ai lettori di questa Rivista, significando loro quanto di più importante ci fu dato di raccorre in proposito, fino a questi ultimi giorni; e ciò seguendo l'ordine e le epoche con cui vennero pubblicate le esperienze stesse.

Ball e Hardy, nella seduta 7 novembre 1874, della Società di biologia di Parigi, comunicarono le loro ricerche sull'azione del jaborandi, e sulla sua influenza nella secrezione dell'urea. Raccolsero con cura il sudore dei malati sui quali sperimentavano, nonchè le loro orine di 24 ore, e le numerose analisi praticate hanno permesso loro di riconoscere che la quantità d'urea aveva diminuito notabilmente, in media di 7 grammi per giorno. Sotto l'azione costante del jaborandi, la secrezione della saliva è stata esageratissima, ma le poche traccie d'urea contenuta in questo liquido possono essere, dicono essi, trascurate, mentre non valgono ad alterare i risultati conseguiti. Ball conclude, appoggiato a tali sperienze, che sotto l'influenza del jaborandi, la quantità d'urea è sempre diminuita.

Rabuteau soggiunge, riguardo alle sperienze di Ball e Hardy: « Io non contesto una tale azione del jaborandi; essa è possiblle, ed io non ho fatto alcuna sperienza che mi permetta d'elevare il menomo dubbio. Per me, però, non troverò mai inconcludenti i risultati presentati sopra una simile questione, se non che allora che si avrà tenuto conto severo dell'alimentazione degli individui sottoposti all'esperienza. Questo punto è di prima importanza, e basta, quando è stato trascurato, per rovinare l'osservazione la meglio fatta, l'esperienza la più prudentemente condotta ».

Al. Robin comunicava alla Società di terapeutica, nella seduta dell'11 novembre 1874, le seguenti ricerche da lui fatte sul jaborandi, nel servizio del prof. Gubler, e sotto la di lui immediata direzione, all'Ospedeal Beaujon.

Quando si amministra ad un adulto 4 grammi di foglie di jaborandi, o 20 grammi di alcoolato, o grammi 1,50 d'estratto, si osservano le modificazioni seguenti nella secrezione orinaria: La quantità d'orina dimi-

nuisce notabilmente il giorno stesso dell'amministrazione del farmaco; il giorno seguente àvvi un leggero aumento, o la quantità abituale.

L'urea subisce la stessa modificazione in quantità; locchè permette di dire, che il jaborandi non aumenta le combustioni dell'economia.

Il cloro ed i cloruri, come l'acido urico, subiscono li stessi cambiamenti di quantità.

Nella saliva e nei sudori non fu riscontrata la presenza dell'acido urico; ma l'urea si trova in quantità notevole in questi due liquidi; da 0,69 a 0,83 per litro nella saliva, e 0,09 per litro nel sudore.

In molti casi di morbi di Bright, il jaborandi fece ribassare, il primo giorno, la cifra dell'albumina; l'indomani però la quantità aumentò e oltrepassò qualche volta la cifra anteriore all'esperienza.

In 32 sperienze in cui si è osservato la temperatura ed il polso, fu notato che al momento in cui si produceva il sudore, eravi un aumento di polso e di temperatura; indi, al periodo di pieno sudore, ora si osservò che questi due elementi rimasero allo stesso punto di quando fu cominciata l'esperienza, ora che subirono una lieve diminuzione; ma dopo il sudore si riscontrò una diminuzione del polso e della temperatura notabilissima, che persistette fino all'indomani ed anche al terzo giorno dall'esperienza.

I tracciati sfigmografici tolti a differenti periodi dell'amministrazione del farmaco, mostrarono una asistolia quasi completa, con una diminuzione notevole della tensione vascolare durante il periodo del sudore. Quindi Robin crede che il jaborandi abbia un'azione paralizzante tutta speciale sui vaso-motori, da cui l'asistolia cardiaca e le secrezioni abbondanti del sudore e dell'orina.

Amministrato a dose frazionata, il jaborandi non fa nè sudare nè salivare, ma diviene un diuretico potente.

Sugli animali, il porco d'india per esempio, si osserva, oltre la salivazione, una secrezione enorme di tutte le glandole intestinali, secrezione che si accompagna ad una congestione considerevole del tubo digestivo, che può giungere sino all'emorragia.

Gubler completa la comunicazione precedente dicendo che, ammettendo pure un'azione paralizzante dei vaso-motori che aumenterebbero le secrezioni e le escrezioni, è d'uopo aggiungere, inoltre, una proprietà irritante speciale di certi elementi del jaborandi sulle glandole sudorifere e salivali, e sui follicoli del rene: azione irritante che stimolerebbe la loro secrezione.

Robin procedendo nelle sue osservazioni, all'Ospedale Beaujon, riferiva alla Società di biologia, nella seduta del 14 novembre 1874, la nota seguente: « L'injezione sottocutanea (non v'è cenno sulla concentrazione del liquido e della quantità injettata) è tosto seguita da un' abbondante secrezione di lacrime e dalla salivazione e dal sudore; le fosse nasali si riempiono di mucosità; lo stomaco sopracarico dei liquidi di una esa-

gerata secrezione, non tarda a produrre vomiti ripetuti; la secrezione intestinale è pure sopreccitata e non tarda a comparire la diarrea. »

Nel reumatismo articolare acuto, *Gubler* e *Robin*, si lodano dei felici risultati ottenuti dal jaborandi. Devesi però impiegarlo con riserva nelle malattie cardiache, perchè suole attivare i movimenti del cuore.

Robin, in altra comunicazione alla stessa Società di biologia, parla dei caratteri della saliva ottenuta sotto l'azione del jaborandi. Tale saliva è alcalina ed opalina; vischiosa dapprima, non tarda a divenire fluida dopo un certo tempo. Al centesimo trasforma l'amido in zucchero istantaneamente; fa effervescenza cogli acidi.

Quanto al sudore, acido sul principio, diviene neutro successivamente.

I malati a cui fu amministrato di seguito il jahorandi, alcuni almeno hanno avuto disordini momentanei della vista, dilatazione anormale delle pupille e gonfiamento delle grandole sottolinguali.

Carville. — Nella seduta del 28 novembse 1874, della Società di biologia di Parigi, l'autore diede comunicazione di sperienze fatte allo scopo di determinare l'influenza del jaborandi sulla secrezione della glandola salivare del cane.

1.ª *Sperienza.* — Carville ha introdotto nel condotto di Warton di una giovane cagna, una cannula. L'animale era di natura sensibile, ed anche allo stato normale salivava enormemente. Si raccolse per cinque minuti, e colla maggior cura, 1 centimetro cubico di saliva, indi si injettò in una vena crurale 24 centimetri cubici di decozione di due grammi di foglie di jaborandi. Effetto quasi immediato; dopo 15 secondi la saliva venne escreta in tale abbondanza che si potè raccoglierne 3 centimetri cubici e 1[2, nello spazio di cinque minuti.

La sezione del nervo linguale diminuì la quantità della saliva, che non fu più, dopo lo stesso spazio di tempo, che di un 1 centimetro e 1[2 cubico. Ma dopo una seconda injezione di jaborandi, la saliva ritornò abbondante. Il solfato d'atropina l'arrestò, nè ricomparve ulteriormente.

2.ª *Sperienza.* — La cannula essendo collocata sul condotto dalla glandola sottomascellare, di un secondo animale (un cane), si raccolse la sua saliva per cinque minuti, che diede 1[4 di centimetro cubico di saliva; indi fu fatta l'injezione di jaborandi. Istantaneamente v'ebbe produzione di 4 a 5 centimetri cubici di saliva.

La sezione del nervo linguale indusse egualmente la diminuzione della saliva, che il solfato d'atropina arrestò tosto.

3.ª *Sperienza.* — Si pigliò un terzo cane, al quale venne tagliato il nervo linguale, e dopo l'injezione del jaborandi si vide apparire una salivazione di 5 centimetri cubici in cinque minuti; devesi però osservare che questa saliva differiva dalla saliva normale; era densa e più filante.

Carville conclude da questi fatti, che il jaborandi produce li stessi effetti della muscarina, effetti che restano interamente distrutti dal solfato d'atropina, e che la sua azione non si fa a mezzo dei vaso-motori.

Milne-Edwards, colpito dall'aspetto della saliva raccolta, chiede se

il jaborandi, che ha un' azione sui nervi secernenti, non agirebbe coll' intermediario del gran simpatico. Ciò è quanto non fu sperimentato. Quando si pongono i nervi salivari a nudo e che si eccitano, si ottiene una saliva bianca, limpida e trasparente. L'eccitamento del gran simpatico dà, invece, una saliva densa. Che il dott. Carville tenti dunque nuove sperienze in quest'ordine d' idee.

Rabuteau crede dover protestare contro l' ipotesi ammessa a proposito dell'azione del jaborandi. Non è a mezzo dei nervi che la sua azione si esercita, ma a mezzo delle fibre lisce, in senso contrario della segale cornuta. Inoltre, è constatato, che l'atropina ecciti, a debole dose, le fibre liscie e sospenda l'azione del jaborandi, ciò che a parere di Rabuteau, verrebbe ad appoggiare la sua ipotesi. Carville rassomiglia egli stesso il jaborandi alla muscarina, che, com' è noto, è un veleno muscolare al pari di tutti i funghi. Rabuteau vede dunque dappertutto delle sostanze la di cui azione si esercita sulle fibre muscolari liscie dei vasi.

Carville, successivamente, dopo aver tagliato ad un cane tutti i nervi di un lato della testa, e dopo di aver fatto una injezione di jaborandi, ha ottenuto dai *due lati* una saliva eguale in quantità ed affatto simile in qualità. Dalle due parti, tale saliva, era limpida, chiara, filante, e nulla aveva di speciale.

Martindale (*Medical Times and Gazette*), gennajo 23, 1875) fece un infuso di 60 acini di foglie peste in 50 oncie d'acqua bollente; lasciò in riposo il liquido per 1[4 d' ora e quindi lo colò. Nel versar l' acqua sulla droga s' accorse che l' odore caratteristico era quasi scomparso. L' infuso era di un colore *sherres* pallido, avea un sapore amaro disgustoso e non eccitava quel calore urente sulla lingua che vien prodotto dalle foglie. Ciò gli parve strano; onde, saggiando il deposito, s'accorse che, masticandolo, conservava quel sapore pungente. Da ciò M. inferì che l'azione diaforetica dipende dal principio suddetto. Alle ore 11,30 pom., nell'andare a letto, ingolò quanto più potè del deposito (probabilmente un 50 grammi dei 60 usati) e bevette quindi l'infuso. Dopo cinque minuti sentì un fuoco, un aumento nella circolazione, un disturbo alla testa, divenne inquieto, e la saliva cominciò ad aumentare. Alle 11,45, cioè un quarto d'ora dopo, cominciò una profusa traspirazione. La salivazione e la traspirazione continuarono profuse, finchè la vista gli divenne confusa. A quattro piedi di distanza egli vedeva la moglie ma non ne distingueva gli occhi; ciò lo rese un pò ansioso, perchè s'accorse di averne preso una dose eccessiva. Mandò quindi pel dott. Ringer, che arrivò alle 12,15 antimeridiane. La vista continuò nello stato suddetto, ma M. s'accorse con piacere che ciò era solo per gli oggetti distanti: i vicini, invece, li discerneva abbastanza chiaramente. Per quanto gli dissero, le pupille erano un pò dilatate; il polso sul principio a 76, arrivò a 104; non fu presa la temperatura; non vi fu mai molto abbattimento, ma poco prima che giungesse Ringer fu côlto da brividi, onde gli furon messe addosso più coperte e gli fu dato dello

spirito nell'acqua. La traspirazione continuò ancora in ogni parte del corpo, tanto che l'effetto d'un bagno turco è un nulla al paragone. La salivazione richiedeva un continuo sputacchiare e l'eccessiva secrezione delle glandole produsse un senso di stanchezza nelle guancie. L'articolazione delle parole era difficile e indistinta. Verso l'ora 1 antim. vomitò, e sul principio una grande quantità di materia inghiottita; sostenne artificialmente il vomito fino a che fosse espulsa parte del jaborandi inghiottito; e così cominciò a calmarsi. Gli fu data altra dose di spirito nell'acqua, e la sua camicia da notte, inzuppata di sudore, fu cambiata. Venne avvolto in una coperta calda verso le ore 4,40 antim. si addormentò e dormì fino alle 6. Allo svegliarsi il polso segnava 88 battiti, mentre nello stato normale ne segnava 80. Uscì di casa alle 7,30 antim. e sebbene in tutto il giorno seguente si fosse sentito svogliato, pure potè accudire alle sue faccende. Quando il jaborandi era nel colmo della sua azione, avendo egli sollevato il braccio, fu visto il sudore scorrere a torrenti dalla sua mano e dalla manica della camicia; la saliva raccolta era chiaramente alcalina e raggiunse le sedici oncie, non tenendo naturalmente conto di quella sparsa sui guanciali. Conchiude il Martindale, che sebbene egli prima fosse piuttosto scettico, pure deve convenire che l'effetto fu meraviglioso, e che rinuncia a fare sopra di sè medesimo un secondo sperimento.

Féréol — (*Journ. de therapeutique*, 25 gennajo 1875). È noto, dice l'autore, che questo farmaco dev'essere dato in infusione fredda alla dose di 2 a 4 grammi in 250 d'acqua, ad una grande distanza dai pasti. Avrebbe constatato ch'è un colagogo eroico, un sudorifero superiore a tutti quelli conosciuti; però non costante. Un uomo di 57 anni, colpito da dolori vaghi ai lombi, alle gambe (reumatismo cronico e forse sifilide), era dopo ogni crisi di sudore e salivare in ottimo stato, libero, sciolto; ma i dolori ricomparivano la notte. Un reumatismo articolare acuto sembrava allegerito dal jaborandi, ma l'endocardite s'aggravava. L'autore ha veduto, d'altra parte, un attacco di gotta seguire da vicino l'amministrazione del jaborandi, ed una emicrania raddoppiare d'intensità in un nevropatico sotto l'influenza dello stesso farmaco.

Féréol ha motivo di credere che l'azione del jaborandi sulla secrezione del sudore sia meno costante e meno energica di quella sulla salivazione.

Vulpian, nella seduta del 31 gennajo 1875 della Società di biologia, dice, di aver potuto osservare nel suo servizio all'Ospedale, che l'azione del jaborandi è molto meno energica dopo l'amministrazione del solfato d'atropina. In tali condizioni, e negli stessi malati ha constatato una notevolissima diminuzione nella secrezione della saliva e del sudore. Ora, è noto, dietro le esperienze del dott. Heidenhain, l'effetto del solfato d'atropina sulle glandole salivali; dopo una injezione di questo sale, la corda del timpano eccitata, provoca bensì la vascolarizzazione e la turgescenza della glandola sottomascellare, ma non già una più abbon-

dante secrezione. Da questa esperienza si è potuto inferire, che il solfato d'atropina eccitava i *nervi moderatori* della secrezione salivale. D'altra parte, il jaborandi esagera la produzione della saliva, e si può considerare questa sostanza non più come eccitante, ma come paralizzante i nervi moderatori della secrezione salivale. Il jaborandi sarebbe dunque antagonista del solfato di atropina.

Non si potrebbero forse trarre da questi fatti alcune indicazioni sul modo ancora oscuro della secrezione del sudore? È noto che si conoscono poche cose sul suo meccanismo, e le nostre cognizioni si limitano all'osservazione di Dupuy e di Cl. Bernard; la sezione del gran simpatico provoca la secrezione del sudore, e l'eccitamento di questo nervo arresta questa secrezione. Non sarebbe egli giusto di ammettere, che lo stesso avviene pel sudore come per la saliva; che le glandole sudorifere sono provvedute di *nervi moderatori* della secrezione che eccita il solfato d'atropina e che paralizza il jaborandi? È un problema che nuove sperienze permetteranno forse di risolvere.

Sydney Ringer e Alf. Gould pubblicavano, nel *Lancet*, 30 gennajo 1875, un articolo originale, nel quale esponevano i risultati delle ricerche fatte sul jaborandi, in 37 individui, dei quali 20 adulti, 17 bambini da 3 a 10 anni.

Eccone il riassunto:

1.° Nei bambini, l'effetto di grammi 1,80 a grammi 3,60 di jaborandi, non produce che poco o nulla di salivazione e di sudore; nausee e vomiti qualche volta; tendenza al sonno. Quando la pelle diviene madida la temperatura dibassa di 6 decim. a 2 gradi Fahrenheit;

2.° Negli adulti, la traspirazione è sempre stata abbondante, ad eccezione di due casi in cui fu moderata. Cominciava dieci minuti dopo l'amministrazione del farmaco. La salivazione non ha mancato che in due casi, è stata debole in tre, in tutti gli altri abbondantissima. Non v'ebbe che un solo caso, nel quale il polso non sia stato tratto in consenso, quantunque la traspirazione fosse marcatissima. Il polso si accelera generalmente di 12 a 40 pulsazioni. Tale acceleramento persiste, in media, due ore e mezzo. La temperatura dibassa in tutti i casi, da quattro decimi ad 1,4 Fahrenheit, e non ritorna alla normalità che dopo un tempo compreso fra un' ora e mezzo a quattro ore e mezzo. Gli osservatori fanno rimarcare, che sono in disacordo, a questo proposito, con Robin, il quale parla di una elevazione di temperatura al principio, seguita da una depressione durante uno o due giorni.

Martindale aveva già segnalati dei disordini relativi alla vista. Essi hanno instillato alcune goccie di estratto di jaborandi disciolto nella glicerina, in un solo occhio di 31 persone, ed hanno osservato 19 volte una contrazione marcatissima della pupilla, ch' era divenuta anche molto lenta.

I due osservatori inglesi sono stati condotti così a studiare l' azione simultanea della belladonna e del jaborandi sopra l'organismo. Un cen-

tesimo di grano d'atropina injettata sotto la pelle di tre persone collocate sotto l'influenza del jaborandi, ha totalmente arrestato, dopo dieci minuti, la traspirazione e la salivazione prodotta da quest'ultimo.

Accadde, per accidente, che un bambino venisse condotto all'Ospedale avvelenato dall'atropina; ne aveva preso un grano; la pelle, la lingua erano secche; gli si amministrarono 30 grani di jaborandi, e dopo un' ora sudava abbondantemente.

Finalmente hanno constatato in due donne, l'aumento della secrezione del latte dietro l'azione del jaborandi.

Rochefontaine. Nella seduta del 6 febbrajo 1875 della Società di biologia, Gallippe lesse una comunicazione a nome del dott. Rochefontaine, intorno ad alcune sperienze intraprese sui cani, tendenti a provare una identità probabile di azione fra la corteccia e le foglie di jaborandi finora usate.

Gallippe nella seduta di biologia del 20 febbrajo, dice di avere studiato l'azione della corteccia di jaborandi sulla pupilla, e di avere osservato quest'azione essere superiore a quelle delle foglie.

Riegel. Nel Berlin. Klin. Woches. 1875, N. 6, 7 e 15 febbrajo togliamo il seguente articolo riassunto dell'autore stesso *Sulle applicazioni térapeutiche del jaborandi.*

L'autore ha fatto, nel corso dell'inverno, col jaborandi, 10 sperienze sopra malati molto diversi e di varie età. Alcuno tra essi sudava difficilmente nel bagno a vapore. Riegel ha collocato tutti codesti malati nelle identiche condizioni d'esperimento; ha prescritto ogni volta un infusione di 4 grammi di foglie di jaborandi. In un certo numero di casi, ha preso nota del polso, della respirazione, della temperatura ascellare; ha eziandio aggiunto alla sua memoria alcune curve sfigmografiche.

Ecco le sue conclusioni:

Fra i diaforetici amministrati all'interno, nessuno ha effetti così certi, così pronti, così energici come il jaborandi.

Que' malati a cui Riegel fece prendere in seguito, come termine di confronto, un bagno caldo susseguito da impacco, hanno dichiarato preferire l'infusione e trovarvi non minore azione.

La virtù scialagoga del jaborandi è anch'essa nettamente stabilita; l'aumento della secrezione salivale ha persistito talvolta più lungamente del sudore.

In alcuni casi, oltre un bisogno più frequente d'orinare, i malati hanno accusato un senso d'ardore dell'uretra.

Quali fenomeni accessori e non costanti, l'Autore ha notato, al pari delle osservazioni francesi, singhiozzi, erutazioni, vomiti da riferirsi, in parte almeno, alla deglutizione abbondante di saliva; due volte malessere; una volta leggera vertigine; infine, in due malati, disordini oculari passeggeri, (abarbagliamento, oscuramento di vista).

Ma i fatti più interessanti della memoria di Riegel, sono quelli forniti dallo studio della temperatura e del polso.

All'opposto degli altri agenti energici diaforetici, come i bagni a vapore, gli effetti del jaborandi non si possono spiegare per un aumento di calore animale; la temperatura ascellare rimane normale, o non si eleva che di una quantità insignificante. Le curve sfigmografiche, per esempio, su due malati, uno di colica saturnina, l'altro di grippe, provano egualmente un rilasciamento dell'arteria coincidente con un accrescimento dell'energia cardiaca.

Sopra una curva tracciata 28 minuti dopo l'amministrazione del farmaco, le modificazioni del polso sono già nettissime. L'altezza dell'ascensione sistolica è considerabilmente aumentata, ed il rimbalzo della discesa molto più marcato; locchè indica una tensione arteriosa minore; inoltre, la discesa è più brusca;

Il numero delle pulsazioni è notevolmente accresciuto;

In due tracciati presi, uno 53 minuti, e l'altro 1 ora e 50 minuti dopo il jaborandi, queste ultime differenze sono ancora maggiori. Le leggere oscillazioni dovute all'elasticità arteriosa, notate prima dell'uso del farmaco, sono completamente scomparse.

Terminando, Riegel annuncia ch'egli pensa ora di sperimentare i semi della pianta-brasiliana.

Ambrosoli dott. C., nella seduta del 4 febbrajo 1875, del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, diede conto di alcuni sperimenti sul jaborandi, praticati nel novembre e dicembre 1874.

Tali sperimenti furono in numero di 24; 20 eseguiti all'Ospedale Maggiore di Milano; 3 nella sua pratica privata; 1 sopra sè stesso.

Il jaborandi impiegato, gli fu fornito dal farmacista Pozzi, al quale pervenne dal laboratorio centrale di Parigi; l'usò alla dose di 4 a 5 grammi in una tazza d'acqua.

Prima di esporre li sperimenti fatti all'Ospedale, narra l'Ambrosoli, gli effetti provati su sè stesso, dietro la presa di un' infusione di 5 grammi di jaborandi in un bicchiere d'acqua, all'atto di porsi a letto. « Mezz'ora dopo (11 pomer.), dice l'Autore, cominciò il sudore alla fronte, che si estese, dopo un' ora, a tutto il corpo, e durò fino alle 5 antimediane del giorno successivo (ore 6) obbligandomi a mutare tre volte di camicia. Provai anche la salivazione, che durò per tre ore, ma non molto abbondante ».

I 20 casi sperimentati all'Ospedale, e ch' egli espone in una tavola sinottica, gli diedero i poco favorevoli e poco incoraggianti risultati seguenti: 12 ebbero sudore; 7 riuscirono affatto negativi; 1 a cui fu injettata ipodermicamente una infusione satura di grammi 8,50 di jaborandi; pure negativa; come negativi riescirono eziandio, i tre sperimenti instituiti nella sua pratica privata.

Nel chiudere il suo lavoro dichiara l'Autore, (e ci pare un pò troppo precipitosamente) che nelle memorie di Gubler, Rabuteau e Robin, vi sono molte esagerazioni per ciò che riguarda l'azione del jaborandi, e fa meraviglia che il dott. Gubler non si periti ad assicurare che un suo

paziente emise dalla bocca, in poche ore, più di un litro di saliva; come pure la escrezione bronchiale e nasale che riempì la bocca ed il naso a segno da impedire la loquela e la respirazione, sono fatti senza bubbio esagerati, e che non mi è mai avvenuto di osservare.

Cantani. Riferisce il *Morgagni* (gennajo e febbrajo 1875), in un lungo articolo, li sperimenti istituiti sul jaborandi dal prof. Cantani; nel dar conto dei quali, siamo dolenti, di doverci limitare, per ragione di spazio, al riassunto seguente:

Divide il Cantani i suoi sperimenti in due serie. Nella prima serie vi si trovano, due infermi di nefrite cronica, un individuo sano ed uno affetto da latirismo. Nella seconda, i due nefritici del primo esperimento, una ragazza isterica affetta da catarro cronico con prevalente tumefazione della mucosa bronchiale e broncostenosi, scarsa secrezione di muco ed accessi asmatiformi. La prima serie fu trattata con infuso di 6 grammi di foglie e di fusti di jaborandi; la seconda con grammi 10.

In tutti li sperimenti fu tenuto esatto conto, del tempo impiegato a manifestarsi la salivazione ed il sudore, della temperatura, del peso del corpo anteriore e posteriore allo sperimento, delle orine, del polso ecc.

Da tutto ciò l'Autore conclude essere chiara ed indiscutibile l'azione pronta e sicura del jaborandi sulla produzione del sudore e della saliva, ed essere prevalente l'una piuttosto che l'altra secondo le diverse condizioni in cui si trovano gli individui a cui viene amministrato il farmaco. Emerge, inoltre, dalli sperimenti stessi, che durante l'influenza del jaborandi sull'organismo, anche i reni funzionano, locchè, secondo Cantani, sorprende moltissimo, quando si consideri che gli individui sottoposti al jaborandi producono contemporaneamente tanto sudore o tanta saliva, e perdono quindi tanta acqua, che anche una completa soppressione della orina durante l'esperimento, nulla avrebbe di straordinario, e che la si dovrebbe anzi aspettare come una conseguenza naturale della esagerata e vicariante funzione della cute e delle glandole salivali. È, su questo punto particolarmente, dic'egli, che differiscono i suoi sperimenti da quelli di Gubler e Coutinho.

Successivamente, il Cantani, passa alla parte terapeutica, alle indicazioni cioè che si possono teoricamente ricavare dalla splendida azione diaforetica, scialagoga e diuretica del jaborandi, e della sua influenza sull'azione cardiaca e sul ricambio materiale. Meriterebbe d'essere impiegato: *nell' idropisia da idremia, con o senza contemporaneo, e forse consecutivo torpore renale;* nella *idropisia da nefrite cronica, e sopratutto da torpore renale*; *in tutti gli essudati prevalentemente sierosi; in tutte le malattie recenti originate da perfrigerazione, specialmente nei catarri recenti e più o meno acuti dei bronchi; in alcune malattie intestinali*; *negli avvelenamenti cronici per quei metalli alla cui eliminazione dall'organismo servono principalmente le glandole salivali; in tutte le malattie con parziale o generale ritardo del ricambio ma-*

teriale; *nella sifilide costituzionale inveterata*, *specialmente dopo le precesse cure mercuriali ed jodiche.*

Sarebbe, invece controindicato: *nelle malattie acute con febbre violenta; nelle nefriti acute*; *nel corso di una pneumonia; nelle malattie di cuore specialmente acute.*

Gubler. — (Società di terapeutica, seduta del 10 febbraio 1875).

Ecco le dosi del jaborandi che suole prescrivere il prof. Gubler:

Della corteccia, grammi 6; delle foglie verdi, grammi 4; delle foglie nere, sempre meno attive delle verdi, maggiore quantità.

Gubler accenna inoltre alle indicazioni terapeutiche, che, secondo lui, sarebbero, per ora, le seguenti: Edema ed anasarca (reumatismo, albuminuria, malattie di cuore); morbi cardiaci. La sola asistolia controindicherebbe il jaborandi. Gubler ha veduto questo farmaco far diminuire li spandimenti sierosi, ed abortire la grippe; ha avuto successi rimarchevoli nella bronchite cronica, nell' enfisema con accessi d' asma; gli riuscì pure nel reumatismo subacuto; può essere impiegato come scialagogo nelle ottalmie, e rimpiazzare, in questi casi il calomelano. Bourdon, in un caso di poliuria eccessiva, ha potuto sviare, con vantaggio, dai reni sulle glandole salivari la corrente spogliativa.

Carville, a nome dei dottori Gallippe e Rochefontaine, nella seduta del 17 febbraio di biologia, 1875, comunicò i risultati di esperienze, secondo le quali la parte attiva della corteccia e delle foglie del jaborandi sarebbe un alcaloide isolato da Byasson.

Rabuteau non divide questo modo di vedere, in quantochè, per esso, non esiste alcaloide nelle foglie del jaborandi.

Robin, nella seduta della Società di biologia del 6 marzo, dà nuovi dettagli sull'azione del jaborandi. I fenomeni che produce, dic'egli, sono di due ordini: gli uni normali (sete viva, modificazioni della pupilla); gli altri, fenomeni di compensazione (vomiti e diarrea). Tuttavia, questi ultimi sarebbero normali negli animali che non sudano. A primo aspetto, sembrerebbe che i vomiti e la diarrea fossero effetti abituali, regolari del jaborandi. Ora, il più sovente, essi non sopravvengono che dietro circostanze particolari. Per es., l'eccesso di dose, l' amministrazione di jaborandi troppo prossima al pasto, l' ingestione di una troppo grande quantità di liquido per calmare la sete occasionata dal jaborandi, la deglutizione della saliva, la secrezione della quale è, com' è noto, considerabilmente accresciuta dal farmaco. Perciò, Robin crede che non si debba riguardare i vomiti come fenomeni fisiologici del jaborandi. Così pure la diarrea non sopraggiunge che quando siavi deviazione degli effetti del jaborandi.

Carville, *Cornil* e *Robin* riferiscono, nella stessa seduta di biologia, di aver trovato all' autopsia di animali che erano stati sottoposti all'azione del jaborandi, una congestione intensa del tubo digestivo e della vescica.

Dujardin-Beaumetz, nella seduta 10 marzo della Società di tera-

peutica di Parigi, dice, che per evitare gli effetti vomitivi del jaborandi, lo amministra per clistere alla dose di 6 grammi; in un maniaco, con questa dose, ha ottenuto gli effetti scialagoghi e sudoriferi. Finalmente, in un caso d'uremia, ha ottenuto questi stessi effetti injettando sotto la pelle una infusione di 3 grammi di foglie concentrata in un grammo di liquido. Nessuna irritazione al luogo della puntura.

Créquy, nella stessa seduta accenna, alla scomparsa di uno *spandimento pleurico* sinistro considerevole colla amministrazione del jaborandi alla dose di 5 grammi.

Delioux segnala la frequenza dei vomiti; potrebbesi, secondo lui, servirsene come espettorante; con 4 grammi di jaborandi, uno de'suoi malati ebbe quindici vomiti. Delioux vede una analogia fra l'ipecacuana ed il jaborandi, considerando gli effetti nauseosi di questo, la leggera spinta alla pelle che causa l'altra.

Créquy osservò, in un uomo a cui amministrava il jaborandi per un idartrosi del ginocchio, un fatto curioso: cioè una modificazione manifestissima della vista. Alla seconda dose del jaborandi, l'ammalato provò una diminuzione forte della vista che gli impediva di distinguere gli oggetti. Questa modificazione, che spaventò molto il malato, fu passeggera e scomparve rapidamente.

Rovida prof. *C. L.* — Sono 19 le osservazioni fatte dal prof. Rovida, sull'azione del jaborandi nella clinica dell'Università di Torino, riferite dalla *Gazzetta delle Cliniche* del 30 marzo 1875, le quali gli diedero, in complesso, soddisfacenti risultati.

In 13 di codeste 19 osservazioni, l'effetto corrispose pienamente, tanto in riguardo alla diaforesi, come alla scialorrea, essendosi presentate entrambe dopo brevissimo tempo dalla ingestione del farmaco, il quale fu impiegato sempre sotto la forma d'infuso.

Gli altri 6 individui (5 uomini ed 1 donna) diedero, invece, risultati non troppo felici. — A diminuire però la cattiva impressione che può produrre questa cifra, soggiunge il Rovida, « che due di essi sono da ascriversi all'aver tentato l'infuso di legno di jaborandi, anzi che quello di foglie; altri due, alle dosi troppo leggere d'infuso amministrate nelle prime esperienze ad un individuo affetto da nefrite diffusa cronica, restia all'influenza sudorifera dei bagni a vapore, dei bagni d'aria calda e alle frizioni d'olio caldo, sì le une che gli altri accompagnate dall'impacco nelle coperte di lana, mentre le due ultime sole sono da ascriversi alla semplice resistenza di questi medesimi ammalati all'azione del rimedio. »

Nota, inoltre, il Rovida, che le dosi di 4 grammi del farmaco gli riuscirono sempre troppo deboli, e che i migliori risultati furono conseguiti con 6 grammi di foglie. — Nota, che il rallentamento del polso con manifesto rinforzo della sistole, ascritte a questo farmaco specialmente dal dott. Riegel, che ne dà anche le curve sfigmografiche, e la dilatazione della pupilla riscontrata da Gallippe e Rochefontaine, non

ebbe a verificarle. Conviene, invece, con Robin, come la scialorrea non sia sempre la causa del vomito, compagna frequente all'amministrazione del jaberandi, ma che questo farmaco agisca piuttosto direttamente sullo stomaco provocando il vomito stesso; e ne sarebbe, pel Rovida, una prova il fatto, che coll'aggiunta all'infuso di jaborandi di 1 centigrammo di cloridrato di morfina, ha egli potuto troncare questa incomoda complicazione. — Finisce l'Autore, il suo articolo, col notare che il legno di jaborandi, quantunque non affatto privo della virtù medicinale delle foglie, pure non è da paragonarsi ad esse, e non corrisponde ai bisogni terapeutici.

Il prof. Rovida, promette inoltre, di occuparsi successivamente anche della parte terapeutica di questo importantissimo farmaco, e noi di tale sua promessa ne teniamo conto moltissimo.

Robin, nella seduta del 10 aprile 1875, comunica il risultato di ulteriori esperienze fatte col jaborandi. Questa sostanza, dic'egli, aumenta la frequenza dei battiti del cuore che arrivano talvolta a 15 sopra il numero normale delle sue pulsazioni. Nello stesso tempo il malato prova un vivo desiderio di orinare, accompagnato da disaggradevoli sensazioni e, qualche volta si constata nelle orine la presenza di muco come negli scoli blennorragici. In appoggio di quanto asserisce, cita alcune osservazioni raccolte all' ospedale Beaujon. In tre malati colpiti, uno di reumatismo articolare acuto, l'altro da febbre tifoidea, ed il terzo da pneumonia, il jaborandi, amministrato a dosi frazionate, ha dato risultati eccellenti. Si può considerarlo come diuretico.

In una nutrice con risipola della faccia, e di cui il latte tendeva a scomparire, il jaborandi ha prodotto egualmente felici effetti: le mammelle si gonfiarono ed essa ritrovò tosto pel suo bambino una quantità di latte sufficiente.

M. Biot, interno degli ospedali di Parigi. (*Lyon Médical*, N. 19, 9 maggio 1875).

Di questa diligente memoria del dott. Biot, ci limitiamo a riferire le ricerche sulla temperatura e sulla circolazione, in seguito all'amministrazione del jaborandi, che è la parte più interessante del lavoro. — Ecco il riassunto delle numerose osservazioni termometriche e sfigmografiche date dallo stesso Autore:

« La temperatura si è sempre abbassata, quando di alcuni decimi soltanto, quando maggiormente. Una volta ho anche constatato 1°,4 di abbassamento. Tale abbassamento di temperatura si è mantenuto per tutto il tempo che ha durato la traspirazione, ed anche sovente ha persistito più lungamente. Nello stesso tempo che la traspirazione si stabilisce, il polso si accelera, diminuendo però considerevolmente di forza; abbiamo quasi sempre notato una differenza di dieci, dodici pulsazioni in più per minuto. I battiti del cuore sono più regolari, ma la tensione arteriosa è enormemente diminuita. Non potendo riprodurre qui che alcuni dei

tracciati caratteristici che abbiamo nella nostra collezione, esprimeremo con delle cifre il rapporto della tensione, prima della presa del jaborandi, colla tensione successiva alla presa del farmaco. Misurando col compasso la linea d'ascensione del tracciato sfigmografico (al momento in cui l'arteria è distesa dall'onda sanguigna), troviamo in un caso, prima $0^m,0132$, dopo $0^m,0190$. In un altro caso, da $0^m,007$ prima, diviene $0^m,110$ dopo. Finalmente sopra un terzo tracciato, da $0^m,005$ prima del jaborandi, diviene, mezz'ora dopo l'ingestione, ed anche senza che siansi prodotti fenomeni esterni di traspirazione nè di scialorrea, diviene, dico, $0^m,0135$; differenza enorme, poichè la linea d'ascensione è più che doppia.

Vi è dunque manifestamente una paralisi dei vaso-motori, ed anco questa paralisi può raggiungere un grado molto elevato per produrre l'asistolia. Siamo stati testimoni d' una leggiera sincope senza alcun seguito serio, sopraggiunta in uno de'nostri malati, venti minuti dopo l'ingestione di un decotto di 4 grammi soltanto di jaborandi in 250 d'aqua. Il malato era in corso di una bronchite capillare molto intensa, venuta due mesi dopo un attacco di reumatismo poliarticolare acuto con leggiere complicazioni cardiache. In esso gli effetti del jaborandi si manifestarono con una intensità più grande ancora che negli altri malati, ed io attribuisco tale esagerazione di fenomeni circolatori ad uno stato patologico del miocardio, senza che, tuttavia, l'ascoltazione la più attenta e ripetuta, abbia potuto farci cogliere il menomo segno morboso. — In questo malato la traspirazione e la scialorrea furono abbondantissime, ed è a notarsi che, durante il periodo acuto di tali fenomeni, esso fu come per incantesimo liberato dall'oppressione e dalla tosse che, penosissimi prima dell'ingestione del farmaco, ricomparvero colla cessazione, degli effetti prodotti dal jaborandi. Il corso della bronchite fu certamente modificato, ed alcuni giorni dopo, questo malato, in piena convalescenza, poteva abbandonare l'ospitale.

Il jaborandi ha dunque delle contro-indicazioni, e quantunque i fatti sui quali ci appoggiamo non siano ancora numerosi, li crediamo però abbastanza concludenti per poter affermare che quando l' apparecchio cardio-vascolare non sarà indenne, l'uso del jaborandi dovrà essere prudente. »

Ambrosoli dott. *C.* — Nella seduta del 29 aprile 1875, del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, il dott. Ambrosoli leggeva una *Seconda Nota* sull'azione del jaborandi. — A 50 sommarono le nuove sperienze eseguite, 44 delle quali all'Ospedale Maggiore di Milano, e 6 nella sua pratica privata, tutte in soggetti di tempra robusta, ed in corso di convalescenza di un morbo. In codeste sperienze, l' Ambrosoli, tenne conto del polso, della respirazione, del calore animale, del sudore, dell'orina, delle modificazioni subite dall'urea, dal cloro e dai cloruri, dall'acido urico. — Adoperò prevalentemente, in queste sue sperienze, l'infuso di jaborandi alla dose di 5 a 6 grammi (37 volte), ma volle tentare eziandio l'alcoolato di jaborandi, l'estratto idralcoolico, la tintura, il si-

roppo, che non tennero però il confronto coll' infuso. Venne quindi ai corollarii seguenti:

1.° Il jaborandi è un vegetale di color verde chiaro, di sapore aromatico piccante, di odore acuto, non ingrato all'olfato, somiglia alle foglie del lauro; proviene dal Brasile, ed appartiene alla famiglia delle Rutacee. Secondo il James, la radice sarebbe stata adoperata nel secolo passato nelle cure di varie malattie, che non vengono indicate. L'illustre botanico prof. Santo Garovaglio, che ha esaminato alcuni campioni di jaborandi, affidatigli dal direttore dell'Ospedale di Pavia, ritiene che il nome di jaborandi dato a questa pianta sia inesatto, perchè si riferisce a moltissime varietà le quali hanno un nome particolare. È dunque necessario di stabilire qual'è la vera famiglia sudorifera e scialagoga, perchè appunto dal non poter precisare qual'è la varietà del vegetale veramente attivo, avviene che non tutti gli sperimentatori abbiano ottenuto i medesimi risultati.

Le analisi chimiche hanno dimostrato, secondo quanto scrive il dottor Rabuteau, che questo vegetale non contiene alcun alcaloide, e che il suo odore sembra dovuto ad un principio fugace, e contiene in quella vece un principio amaro, solubile nell'acqua e nell'alcool.

2.° L'infuso di 5 o 6 grammi in un bicchiere d'acqua, bevuto caldo od anche freddo, previa copertura più pesante dell'individuo su cui si esperimenta, e che deve trovarsi a letto, produce di lì a 15 o 20 minuti, raramente dopo una o due ore, un profuso sudore, esteso a tutto il corpo, e che si protrae da 4 fino a 14 ore, e si può rinnovare nei giorni successivi, senza una nuova presa del vegetale.

3.° Oltre al sudore, si manifesta d'ordinario, mezz'ora dopo la presa del jaborandi, un'abbondante salivazione vischiosa, filante, che impedisce, per la gran copia di liquido che riempie la bocca, di pronunciare le parole. La quantità della saliva secreta varia da un bicchiere a quattro. La mucosa della bocca è alcun poco iperemica durante la salivazione, e le glandule salivali sono alquanto ingorgate.

4.° Esaminando la saliva ed il sudore degli individui che presero il jaborandi, non si rileva la presenza dell'acido urico, ma l'urea si trova in notevole quantità in questi due liquidi. Si nota altresì, in alcuni individui, come ho potuto osservare non poche volte, una prolungata ed abbondante salivazione, nonchè una copiosa escrezione bronchiale.

5.° Quando, in seguito all'amministrazione del jaborandi, comincia il sudore e la salivazione, il polso aumenta di qualche battuta, il calore aumenta di alcuni decimi di grado, le respirazioni si fanno più frequenti. Dopo una o due ore, dacchè fu cominciato l'esperimento, il calore si abbassa perfino di 4 gradi, il polso si fa più lento, il respiro meno frequente. Questi fatti lo farebbero preconizzare quale un potente modificatore della febbre, forse più pronto nella sua azione del chinino e della digitale.

6.° Il jaborandi è destinato ad occupare, tra breve, un eminente po-

sto fra i sudoriferi e scialagoghi ed i moderatori dalla febbre, ed io credo che potrà trovare molte ed utili indicazioni nella cura delle umane infermità.

Fanno seguito a questi corollarii, quattro tavole sinottiche. La 1.ª e 2.ª compendiano le esperienze dei 37 casi in cui fu amministrato l'infuso di jaborandi; la 3.ª le esperienze fatte sopra i 6 casi della pratica privata; la 4.ª le esperienze colla tintura alcoolica, coll'estratto idralcoolico e col siroppo di jaborandi.

A questa lettura del dott. Ambrosoli fece seguito, all'Istituto, una discussione. Primo a prendere la parola fu il chiar. Garovaglio, professore di botanica all'Università di Pavia. Dimostrò egli come « il nome di jaborandi (usato primamente dal Margravio nell'*Historia naturalis Brasiliæ* di Pisone) ha nella scienza un significato molto incerto, attesochè venga applicato dai Brasiliani a piante non solo specificamente diverse tra loro, ma appartenenti ben anche a famiglie disparatissime..... come il jaborandi mandato dal Coutinho a Gubler perchè ne verificasse le proprietà terapeutiche, venne dal Baillon, che lo esaminò nel rispetto botanico, riferito al *Pilocarpus pennatifolius*, pianta della famiglia delle Rutacee; come col nome comune di *jaborandi* vengano in commercio piante diversissime; e lo si è potuto constatare, ultimamente al laboratorio botanico di Pavia, ove, sopra tre saggi inviati dalla Direzione dell'Ospedale, uno pervenuto da Parigi, avea foglie semplici, caule sarmentoso, fornito di radici aeree od avventizie, e quantunque tutte le sue parti fossero prive di aroma, aveva l'aspetto di una *Piperacea*, e rassomigliava in cotal modo all'*Artanthe aequalis* (Mirquei). Il secondo saggio, comperato a Milano alla farmacia di Brera, porta foglie composte, come le ha il *Pilocarpus pennatifolius*, a cui forse appartenea. In un terzo saggio, formato da un tritume, nel quale per la piccolezza dei frammenti non fu possibile riconoscere la normale condizione delle foglie, si trovarono per buona ventura porzioni di amenti sottili, filiformi, caratteristici delle Piperacee. Il sapore di quei frantumi era acre-aromatico, quale appunto può essere in parecchie piante di questa famiglia. »

Ha perciò ragione, il prof. Garovaglio, di credere che i diversi effetti ottenuti dai medici nella sperimentazione, debbansi ascrivere alla diversa natura della pianta.

In tanta incertezza dunque sulla qualità del vegetale che, sotto il nome di jaborandi, il commercio non lascierà di trasportare dal Brasile in Europa, si dovrebbe rifiutare sempre i tritumi e la polvere, e non si dovrebbe accettarlo che allora soltanto che il vegetale stesso serbasse tuttavia i caratteri botanici distintivi della specie a cui appartiene.

Per secondo ebbe la parola il chiariss. prof. *A. Corradi*. Narrò come sperimentasse anch'egli il jaborandi e sopra sè stesso, e sopra quattro de' suoi scolari; e come volle garantirsi sulla qualità della droga, rivol-

gendosi al prof. Gubler, dal quale ricevette, a mezzo della casa Grimault di Parigi, due scatolette contenenti dodici dosi del farmaco, di 3 grammi ciascuna.

Fu egli il primo a sottomettersi alla prova, e prese una di quelle dosi in infusione in 200 grammi d'acqua bollente, alla sera all'atto di coricarsi.

Dopo un quarto d'ora, il primo fenomeno che gli si manifestò fu un aumento di saliva, la quale andò mano mano crescendo, in modo che per nove ore continue dovette rimanere piegato sopra un vaso per raccoglierla. La saliva raccolta pesava 377 grammi, ed altri 200 grammi almeno andarono perduti, e per inevitabile deglutizione, e nei drappi del letto, cuscino, pezzuola, ecc. Al prof. Corradi parve che tale saliva procedesse dalle glandole sotto-mascellari e sub-linguali, piuttosto che dalle parotidi; era limpida, insipida, e quasi senza odore. Durante il periodo della salivazione evacuò quasi un litro d'orina, limpida, chiara, e con odore che ricordava quello del jaborandi. Il sudore mancò quasi affatto, non avendo avuto che, per mezz'ora, una leggera traspirazione ai lati del torace. Nulla del resto sulle altre funzioni.

Dopo di lui, le esperienze vennero fatte sui quattro scolari: Tutti presero la stessa infusione, due raffreddata, e due tuttora calda. Ciò che per altro non sembra influire sugli effetti del farmaco. Tutti ebbero sudore, tutti scialorrea, ma in vario grado. In uno il sudore fu profuso, in altro copioso, in due discreto.

La scialorrea, tranne in un caso, precorse il sudore anche su di essi, è durò maggiormente e fu più o meno copiosa In quello soltanto in cui il sudore fu profuso, la scialorrea fu invece scarsissima ed in perfetta opposizioni tra le due escrezioni.

Durante il sudore, tutti ebbero concitata alquanto la circolazione. Uno sofferì nausea e conati di vomito, gli altri alla sola nausea limitossi il disturbo gastrico.

La quantità d'orina non crebbe punto in essi, durante, nè dopo l'esperimento, e se v'ebbe variazione, fu piuttosto in meno; solo scemò in tutti la densità della medesima. Fu notevole poi la diminuzione del peso del corpo. Prima dell'esperimento pesavano, in media, chil. 62,775, un ora dopo erano diminuiti di 650 grammi.

Tali prove vennero fatte alla temperatura di 15 a 16 gradi, nella sala che serve alla scuola; questo modo di esperimento tolse quindi che si potessero misurare accuratamente le differenze del calore, della circolazione e del respiro.

Senza pretesa di venire ad una assoluta conclusione, in base ai 5 sperimenti fatti, il prof. Corradi crede che il jaborandi, di ottima qualità, alla dose di tre grammi, sia un mezzo potente per eccitare la secrezione della saliva e del sudore, *ma più di quella che di questo*; e dice che un tale predominio della scialorrea venne, in sostanza, avvertito anche dallo stesso Gubler, e ne riferisce il testo (V. *Sur le jaborandi du Coutinho-Journ. de Phamac. et de Chemie. Paris* 1875, XXI, p. 149).

Avverato, dopo nuovi sperimenti, che il jaborandi sia prevalentemente un scialagogo piuttosto che un diaforetico, conveniamo perfettamente coll'Autore che il campo d'azione pel nuovo farmaco di necessità si restringerebbe; perocchè le indicazioni come scialagogo riesciranno sempre inferiori a quelle come diaforetico. Chiede quindi il Corradi se si potrebbe, per avventura, trovare modo di determinare il jaborandi ad operare piuttosto in una via che per l'altra, a seconda del bisogno.

Gubler è d'avviso si possa a piacimento far prevalere una all'altra le due irritazioni secretorie, invertendo le condizioni del mezzo ambiente e le circostanze coadiuvanti. Facciamo sinceri voti affinchè una tale aspirazione del Gubler si verifichi, mentre comprendiamo benissimo come la prevalenza, se dovesse essere convalidata da ulteriori sperienze, dell'azione scialagoga sulla diaforetica, in certi morbi, ed anche in alcuni stadii d'uno stesso morbo, potrebbe probabilmente paralizzare il coraggio del medico nella amministrazione del jaborandi.

Corradi però nota che il suggerimento espresso dal Gubler gli venne meno all'atto pratico, e pensa abbisognare invece qualche cosa di più per raggiungere, se è possibile, l'intento. Vorrebb'Egli si associasse al jaborandi una sostanza che, quantunque ad esso inferiore, valesse ad accrescere la di lui azione, *e ciò non tanto*, dice l'Autore, *per quel che aggiunge del proprio, quanto per il volgere che faccia la parte virtuale dello jaborandi all'organo o sistema organico di cui appunto si vuole accresciuta la funzione*... *Ma*, soggiunge, *queste idee e queste proposte, comunque possano parer buone, non mai tali saranno se non abbiano il suffragio de' fatti; nuovi esperimenti debbono dunque farsi su questa via*; ed egli ha in animo e promette appunto d' intraprenderne alcuni.

Mantenendo prontamente la promessa, il prof. Corradi, in aggiunta alle osservazioni fatte, inviava alla Segreteria dell'Istituto la *Nota* seguente, che riassumiamo.

La mattina del 3 maggio corrente, il Corradi ed i quattro giovani che fecero parte del primo esperimento, si sottoposero nuovamente all'azione del jaborandi. Onde vedere se, scemando la dose, si variasse non pure il grado ma la qualità dell'azione. Egli ed il giovine che nelle precedenti sperienze aveva raggiunto uno solo dei due principali effetti, in luogo di 3 grammi, pigliarono 1 grammo e 1/2 di jaborandi infuso in 100 d'acqua bollente e lasciato raffreddare. Gli altri tre giovani ne presero 2 grammi ciascuno in 133 grammi di decotto saturo e bollente di guaiaco. Anche lo stesso prof. Corradi, allo scopo di maggiormente avviare all'azione le glandole sudorifere, aveva preso la notte precedente 200 grammi della decozione satura e fredda di guaiaco, e da essa aveva ottenuto un lieve aumento della traspirazione. Tutto ciò per altro non valse a rendere sudorifero per esso il jaborandi, il quale si mantenne, come la prima volta, particolarmente scialagogo. Del pari, al giovane di

cui è cenno superiormente, non produsse, come per lo innanzi, se non copioso sudore. Agli altri tre giovani non variarono punto gli effetti; cioè il farmaco fu insieme diaforetico e scialagogo, ma più questo che quello, e niun mutamento arrecò il guaiaco, che pure va tra i migliori eccitatori del sudore, ed appartiene alla stessa famiglia delle piante che fornisce il jaborandi.

Questi 5 secondi sperimenti, soggiunge il Corradi, confermano dunque i 5 primi; lo jaborandi è innanzi tutto uno scialagogo potentissimo; all'azione scialagoga spessimo congiunge, ma in minor grado, la sudorifera; talvolta questa soltanto appare, ma di rado. Produca l'una o l'altra cosa, non seguono disturbi o molestie, o quelle soltanto che s'attengono necessariamente al copioso flusso della saliva e del sudore. Il mutare di dose, di alcune circostanze estrinseche (temperatura dell'infuso), l'aggiunta d'altre sostanze reputate diaforetiche, non valgono a far prevalere l'azione dello jaborandi piuttosto sulla pelle che sulle glandole salivali, quando a queste meglio che a quella naturalmente inclini.

Per terzo parlò il dott. *Achille Visconti*. Scopo del suo discorso fu quello di appoggiare le osservazioni del prof. Garovaglio, il quale dimostrò come in commercio, sotto il nome di jaborandi trovansi piante, non solo di specie diverse, ma eziandio piante che nulla hanno a che fare col vero jaborandi; e per conseguenza, come i medici che sperimentano tale medicamento debbano ottenere effetti diversi.

A prova di ciò, accenna ad un fatto avvenuto nella sua pratica, in cui somministrato ad un malato un infuso di jaborandi di 5 grammi, e precisamente dello stesso che servì al dott. Ambrosoli per le sue prime sperienze comunicate all'Istituto nell'adunanza del 4 febbrajo di quest'anno, non ottenne nè sudore, nè scialorrea; il giorno appresso, allo stesso malato, amministrò la medesima quantità d'infuso a caldo, di altra qualità di jaborandi, provveduta alla farmacia Pozzi, come la prima, e n'ebbe un pieno risultato, diaforesi profusissima, ed insieme abbondantissima salivazione (790 centimetri cubici di saliva).

A corredo di questa osservazione, il dott. Visconti tramise alla segreteria la storia del caso stesso.

Entra quarto nella discussione il chiar. prof. *Giac. Sangalli*, per esporre un fatto che invidualmente lo riguarda. Dice di avere provvisto alla farmacia Pozzi (sempre là stessa) 25 grammi di jaborandi, di averlo diviso in cinque parti e presane una ogni sera in infuso tepido, al momento di coricarsi, e di non averne avuto effetto di qualche conto. Dopo la prima bibita provò una lieve occupazione di testa, che cessò col sonno; dopo la seconda, un lieve spasmo passeggero allo stomaco; dopo la terza, qualche doloretto passeggero di ventre; dopo la quarta, una lievissima salivazione, che lo scosse dal sonno; dopo la quinta, raccolta di saliva nella bocca durante il sonno, per una sola volta; giammai provò un

minimo segno di diaforesi. Soggiunge, che l'infuso da lui provato aveva un sapore piuttotto disaggradevole.

Il quinto ed ultimo che prese la parola, fu il chiar. prof. *A. Verga*. Sta bene, egli dice, che si facciano studj severi sulle piante che corrono in commercio sotto il nome di jaborandi, e che soprattutto si determini qual sia lo jaborandi che diede così eccellenti risultati diaforetici e scialagoghi. Ma quando si tratta di un agente terapeutico, si deve aver presente un' altra cosa, che in questa discussione venne affatto trascurata, ed è la *reazione vitale*. Per questa reazione, ch'è diversa nei diversi individui, anche i rimedii più semplici e conosciuti, non sofisticati e non sofisticabili, non producono sempre gli stessi effetti. E perciò io spiego fino ad un certo punto la diversità degli effetti ottenuti dai diversi medici e sperimentatori ne' diversi individui collo stesso jaborandi, e credo che, anche quando sarà precisato la migliore specie di questa pianta, si avranno lamenti sulla non sempre identica azione della medesima, come si hanno sull'azione delle altre piante medicinali.

Con questa cronaca non intendiamo di avere offerto al lettore tutto quanto, da un anno circa a questa parte, è stato pubblicato sull'azione fisiologica del jaborandi: alla quale azione fisiologica appunto furono specialmente rivolte e limitate finora tutte le ricerche e tutti li sforzi sperimentali delli studiosi. Alcuni articoli ed alcune esperienze ci saranno probabilmente sfuggite; ma ad onta di ciò, crediamo, che anche il solo materiale per noi raccolto, sia già più che sufficiente per stabilire solidamente codesta azione fisiologica. Spetta ora ai clinici di studiarne l'azione nei rapporti terapeutici: terreno, per quanto ci consta, pressochè vergine ed inesplorato. Un tale studio, se è lecito arguirlo dall'azione fisiologica del farmaco, riuscirà certamante fecondo di utilissimi risultati. Sappiamo che uno fra i migliori e più distinti giovani del nostro Ospedale Maggiore, il dott. Forlanini, sta occupandosi seriamente di questa materia, ed ha già, a quest'ora, conseguiti concludenti responsi. Gliene facciamo le nostre sincere congratulazioni, e, per quanto può valere la nostra parola, lo incoraggiamo a proseguire alacremente nell'opera sua.

Sull'azione fisiologica delle injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina; del dott. Aimé Martin. (Società di Medicina di Parigi. Seduta febbraio 1875).

L'autore comunica le sue ricerche sull'*azione fisiologica delle injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina*. Le prime injezioni, anche a deboli dosi, producono una enorme diminuzione nella forza del polso ed abbassamento considerevole della tensione del sangue nelle arterie. Il maximum dell'effetto arriva una mezz'ora dopo l'injezione; il polso riprende il suo carattere normale un'ora e mezzo dopo. Avvi eziandio un abbassamento della temperatura, ma debole, meno di un grado.

Per la morfina come per tutti i farmaci, *a priori*, l'autore è, assieme

di Brown-Sequard, partigiano delle alte dosi, specialmente nei casi d'affezioni nervose; ed anche, quanto alla morfina, le forti dosi sono più facilmente sopportate delle deboli, e non provocano, in generale, alcun dolore; egli impiega la soluzione al venticinquesimo. Non crede alla necessità d'injettare *loco dolenti*. Injetta da 0,25 cent. a 0,75 cent. della soluzione, cioè da 0,01 a 0,03 cent. di sale, e ciò quando comincia, arrivando progressivamente a 0,04, a 0,05 cent. senza inconvenienti se i reni sono in buon stato. Ma per guarire è d'uopo non solamente praticare delle injezioni contro un dolore esistente, un dolore gastrico per esempio, ma fare delle iniezioni preventive; ed allora è un trattamento veramente curativo.

Se l'ago è bene acciajato, la puntura non è quasi dolorosa. Le prime punture causano il più di spesso malessere ed indigestione. Si possono evitarle consigliando il riposo il più assoluto.

L'utilità della morfina in injezioni ipodermiche è provata, secondo Brown-Sequard, contro l'emicrania, la vertigine, il delirio, la mania, l'isterismo, l'epilessia, la corea, l'eclampsia, il tetano, la nevralgia ed i dolori d'ogni specie. Martin la proclama, in injezioni, infallibile contro tutte le nevralgie, efficace contro le oppressioni di tutti i generi, eziandio di provenienza cardiaca, e contro gli accessi d'asma; esse calmano il delirium tremens, fanno cessare i vomiti, anche procedenti da cancro. Devesi compiere la cura con dosi decrescenti.

Della cura della pazzia colle injezioni sottocutanee d'acetato e di cloridrato di morfina, com'è praticato a Illenau; del dott. Voisin, medico della Salpêtrière. (*Bull. Génér. de Thérapeutique*, 15 novembre 1874).

Abituati come siamo a frequenti delusioni sulla decantata azione terapeutica di certi farmaci, e sulle prodigiose guarigioni che con essi si raggiungono, non ci rendiamo perciò mallevadori di quanto è esposto nel seguente articolo. Dobbiamo confessare per altro, come la lettura di questo stesso articolo, indirizzato dal dott. Voisin al Comitato di redazione del *Bullet. de Thérapeutique*, ci abbia lasciato una viva impressione; sia per l'autore che lo produsse, già favorevolmente conosciuto nella letteratura medica; sia per la fonte a cui esso ha attinto il materiale, e pei rispettabili medici di quel Manicomio; sia finalmente, pei sorprendenti ed insoliti risultati, che sarebbero stati conseguiti.

Narra il Voisin come i dottori Roller e Hergt, medici nello stabilimento di Illenau (Gran ducato di Baden) abbiano cominciato già da 15 anni ad impiegare, in certi alienati, le injezioni sottocutanee di morfina. Il pensiero che guidò questi due medici fu la certezza che gli alienati soffrono; da ciò a calmare le sofferenze non eravi che un passo. Dopo di avere essi tentato innanzi tutto l'acetato di morfina, l'hanno poi abbandonato; perchè loro parve che questo farmaco producesse, più che il cioridrato, fenomeni riflessi dipendenti dal pneumo-gastrico e dai vasi-motori; e da molti anni non impiegano che il cloridrato di morfina.

Le parti del corpo ove d'ordinario praticano le injezioni sono, il collo, la spalla, il braccio.

Il numero delle iniezioni sottocutanee è di due a quattro ogni giorno; di quattro il più di sovente, ad intervalli eguali.

Le dosi massime amministrate ogni giorno sono abitualmente di 24 centigrammi, ma io ho veduto, dice Voisin, dei malati che ne hanno ricevuto e che ne ricevevano fino a 72. Del resto, la cura ipodermica viene aiutata, per quanto è possibile, dalla cura morfinica interna; di modo che l'azione sia sempre continua.

Roller e Hergt cominciano da piccole dosi di morfina e non aumentano che gradualmente; quando il morbo è dominato, mantengono la dose curativa per un certo tempo, e non la diminuiscono che lentamente. Hanno eziandio cura di dare la morfina dopo la ottenuta guarigione, e l'organizzazione del servizio degli alienati nel ducato di Baden è tale che, dopo la sortita dei malati migliorati o guariti, Roller ne riceve tutti i mesi notizie dal medico del loro paese; il quale deve eseguire le ordinazioni fatte da Roller. Non si saprebbe abbastanza lodare, dice Voisin, una tale protezione che segue l'alienato dopo la sua uscita dalla città, e che costituisce un vero ed utile patronato.

Havvi attualmente (soggiunse l'autore) nell'asilo d'Illenau, una trentina di donne sottoposte alle injezioni sottocutanee di morfina; ne ha veduto alcune di guarite ed all'atto della loro uscita. Ha ragionato con un certo numero di esse ch' erano in via di miglioramento.

Le forme di pazzia così curate (continua l'autore) sono numerose, ed hanno rapporto quasi tutte collo stato di nevropatia. Sono: la melancolia ed istero-melancolia, accompagnata o no d'allucinazioni, da agitazione, da furore, da idee di suicidio; la pazzia generale con allucinazioni, o no; la pazzia religiosa e tutte le varietà della pazzia parziale, e la stessa demenza consecutiva, agitata o lipemaniaca, ed anche la complicante. Ha ragionato con una giovane donna malata da due anni e mezzo, ch'era stata affetta da corea epilettica e melancolica, curata colla morfina alla dose di 72 centigrammi al giorno, e che trovavasi perfettamente guarita.

Ha veduto un altro alienato, arrivato allo stato di lipemania che datava da cinque anni, con idee persistenti di suicidio, il quale trovavasi guarito; e che gli ha descritto le diverse fasi del suo morbo, riconoscendo di avere avuto lo spirito sconvolto.

Ha ragionato con una ipocondriaca guarita, con una donna che aveva avuto delle allucinazioni di tutti i sensi, con molti altri che avevano fatto dei tentativi di suicidio causati dal loro stato lipemaniaco; un certo numero era giunto nell'asilo dopo due, tre, quattro anni di malattia.

Ha veduto alcune donne la di cui pazzia procedeva da dolori periferici, e che erano state rapidamente guarite.

Hergt gli ha mostrato inoltre, una malata guarita con questo stesso metodo da demenza subacuta, accompagnata d'agitazione intermittente.

Sotto la direzione di Roller e Hergt, la durata della cura morfinica, varia da tre mesi ad un anno e più, secondo i casi, secondo lo stato d'indebolimento fisico; infatti, essi hanno osservato ciò che Voisin avrebbe già segnalato nella sua memoria, cioè che l'anemia e la cachessia degli alienati costituiscono delle difficoltà e degli ostacoli talvolta insormontabili per conseguire la guarigione.

Le ricadute sono rare nei malati guariti colla morfina, ed essi considerano guariti tutti gli alienati che non hanno recidivato dopo un anno.

Roller e Hergt, dice Voisin, non amministrano soltanto la morfina negli stati nevropatici, l'impiegano inoltre, come palliativo ed a piccole dosi, negli stati congestivi, nella paralisi generale stessa. Secondo Hergt, la morfina data ai nevropatici determina un'azione tonica sugli elementi nervosi; un certo numero di malati dicono, infatti, ch'essi risentono maggior forza dopo le injezioni sottocutanee.

Voisin assicura di aver riportato dalla sua visita a Illenau, la convinzione di essere nel vero curando con questo mezzo ipodermico i malati colpiti da pazzia semplice, gli alienati nevropatici, isterici, allucinati, lipemaniaci, ed aggiunge che l'avvenire giustificherà il metodo stesso. Inoltre, l'esame di certi malati curati e migliorati o guariti da Roller e Hergt ha fatto nascere in lui il convincimento che la parola *incurabile* applicata agli alienati dev'essere cancellata.

Soggiunge, che quando fu nominato medico del Servizio degli epilettici a Bicêtre, tutti gli epilettici erano registrati fra gli incurabili. Egli sarebbe arrivato a guarirne, e sanno i medici che hanno visitato Bicêtre, in quali condizioni vi entrarono.

Assumendo Voisin l'attuale servizio alla Salpêtrière, si è trovato fra una popolazione d'alienati detti *cronici*, *incurabili*; inviati, per la maggior parte, come tali dall'Ufficio di riparazione, e ne ha già guariti quasi cinquanta in diciotto mesi.

Dalla sua visita a Illenau, dice di avere acquistato la confidenza di poter fare anche di più.

Terminando, dice ch'egli non saprebbe come meglio rappresentare il metodo di Roller ed Hergt, far comprendere il dovere di medico curante gli alienati, la dolcezza con cui li trattano, fino a qual punto si astengano dai motteggi, dalle ironie, dalle facezie, come evitino le punizioni, l'uso della forza, se non col dire, ch'essi si lasciano insultare, percuotere perfino, e non rispondono alle violenze di questi sventurati che con le seguenti parole: « Voi dovete ben soffrire, se vi lamentate tanto. » Sono infatti convinti che l'alienato soffra, ed è per questa idea che impiegano la cura che si dirige al dolore.

Io devo, dice il dott. Voisin, alla compiacenza di questi due eminenti colleghi il sunto seguente di 58 osservazioni di donne alienate, ch'essi hanno curate e guarite col metodo delle injezioni sottocutanee d'acetato e di cloridrato di morfina; le quali si riferiscono ai casi i più difficili ri-

scontrati nell'Asilo; il lettore vedrà che la guarigione è stata ottenuta in 20 casi di pazzia lipemaniaca con allucinazioni, idee di suicidio; in 16 casi di demenza consecutiva alla pazzia; in 12 casi di pazzia generale con allucinazioni e agitazione; in 5 casi di pazzia isterica con allucinazioni; in 2 casi di pazzia ninfomaniaca, erotica, con catalepsi e in 2 casi di pazzia complicata ad idee di grandezza, ecc.

Segue il sunto dei 58 casi, che i limiti concessi a questa rivista, non permettono di riferire

Sul monobromuro di canfora; Rivista del dott. Bourneville. (*Progrès médic.* 1874)

I. Gualt **Note sur le monobromure de camphre** (*Revue Med. de l'Est t. II, n.* 8).

II. Perret. **Monobromure de camphre** (*Union méd.* 1874).

III. Lawson. **Neurotio Medicines: with special reference to Camphor and its monobromide** — (*The Practitioner*, 1874, *t.* XII).

IV. Pathault. **Sur le mode d'èllmination du monobromure de camphre** — (*Société de Biologie e Gazette méd.* 1874).

V. Raymond. **Deux observations sur l'emploi thèrapeutique du bromure de camphre** (*Société de Biologie*, 1874 *e Gazette méd.* 1875).

VI. Mathieu. **Observation concernant le meme sujet** — *Tribune méd.* 1875).

Dopo che sono uscite alla luce le nostre prime memorie sul monobromuro di canfora, diversi autori, dice Bourneville, hanno pubblicati dei documenti importanti sulle proprietà chimiche, fisiologiche e terapeutiche di questa sostanza. Noi ne diamo l'analisi e, via facendo, faremo le osservazioni che ci potranno suggerire le nuove esperienze che abbiamo intraprese e le ricerche che abbiamo proseguite alla Salpêtrière nella sala di Charcot.

Proprietà chimiche. — Su questo riguardo non entriamo in alcuna discussione. Ci restringiamo a rammentare che il monobromuro di canfora è designato sotto nomi differenti (canfora monobromata, bromuro di canfora); che è stato scoverto da Swarts, di poi studiato successivamente da Perkin e Maisch; che a Clin e Silva, come ha detto molto giustamente Bourgoin, noi dobbiamo in Francia il primo saggio di questo corpo e che infine, recentissimamente, Gault e Perret hanno esaminato di nuovo le sue proprietà chimiche e descritti i risultati che hanno ottenuti nelle note di cui noi abbiamo riprodotto il titolo al principio di questa rivista, nello scopo di fornire, a quelli dei nostri lettori per cui questo lato della questione ha qualche interesse, delle indicazioni capaci di esser loro utili.

Proprietà fisiologiche. — Lawson, in una recente memoria, ha consacrato qualche pagina al monobromuro di canfora. Riassume parecchie esperienze sui conigli ai quali egli ha injettato delle dosi variabili di questa sostanza e tre altri fatti sopra un uomo sano, al quale fece pren-

dere, in differenti giorni, 10, 16 e 20 grani (1) di monobromuro di canfora. Le conclusioni generali che emergono da queste esperienze sono, che il monobromuro di canfora diminuisce il numero delle pulsazioni, quello delle respirazioni e che abbassa la temperatura.

Quanto agli effetti ipnotici, essi non sono stati costanti; alle volte non sono stati osservati, altre volte poco. Lawson pensa che la sostanza di cui egli si è servito non era perfettamente pura; questo è molto probabile, poichè le dosi ch' egli ha dato sono ben sufficienti per determinare un'azione seria. Spessissimo, infatti, noi abbiamo veduto l' uso del bromuro di canfora, durante qualche giorno, modificare il sonno vantaggiosamente; gli ammalati si addormentano più presto, il loro riposo è più calmo e lungo.

Pathault, nella nota che ha comunicata alla *Società di Biologia* si è preoccupato di un altro lato della questione: del modo di eliminazione del monobromuro di canfora. Finora le sue ricerche, — ch' egli si propose di proseguire, — sono ancora incomplete. I punti principali che ne risaltano sono, che l'eliminazione è lenta e che le urine sono più gialle dello stato normale, ciò che si deve attribuire all' eliminazione del bromo per le vie renali. Rabuteau, al quale sono dovute le analisi, crede che una parte del medicamento, sotto una forma ch' egli non saprebbe ancora indicare, si eliminerebbe anche per la mucosa respiratoria.

È a dolersi che Pathault non abbia rilevato nel medesimo tempo i cangiamenti in quantità recati dal monobromuro di canfora sulla secrezione urinaria; sperimentando su sè medesimo, poteva giungere a risultati più rigorosi di quelli che non sono possibili d'osservare negli ammalati. Noi abbiamo tentato, malgrado le difficoltà inerenti a questo genere d'investigazione, di colmare questa lacuna. Sul principio, abbiamo fatto sorvegliare gli ammalati che nella sala di Charcot, alla Salpêtrière, prendevano quotidianamente tre grammi di monobromuro di canfora, ed abbiamo appreso ch'essi urinavano notevolmente di più che prima d'incominciare il trattamento.

Questa nozione un po' vaga ci condusse a far raccogliere regolarmente, ogni giorno, le urine d' una malata affetta da corea e di cui noi riferiremo più tardi l' istoria. Durante i cinque giorni che precedettero il trattamento, la media delle urine evacuate fu: di 400. gr. (ottobre), 2 gr. (novembre), 3 gr. (dicembre) e 3 gr. 50 di bromuro di canfora, (gennajo). Dal 23 al 27 novembre, le media delle urine fu di 528 gr.; dal 23 al 27 dicembre, essa fu di 616 gr. e dagli 11 ai 15 gennajo, è stata di 762 gr. Questa osservazione isolata, d' un rigore relativo intanto, in relazione con le altre, annunzierebbe dunque che l' uso continuato del bromuro di canfora aumenta la secrezione urinaria.

Terapeutica. — I risultati generali ottenuti dall' uso del monobro-

(1) 6 4 centigr.; 1 gr. 03; 1 gr. 29.

muro di canfora nell'epilessia, e sui quali noi abbiamo richiamata l'attenzione, si sono mantenuti negli ammalati in cura. Fra queste modificazioni vantaggiose, le più salienti sono, crediamo ben di ripeterle (1): 1.° una diminuzione degli accessi; 2.° una diminuzione considerevole delle vertigini; 3.° la scomparsa quasi completa dall'eccitazione maniaca, sì comune in seguito all'accesso; anche negli epilettici vecchissimi, il momento di furore, l'insonnia, l'agitazione notturna, hanno ceduto sotto l'azione del medicamento. Torneremo più tardi su questo punto, poichè, ora il nostro scopo è di far conoscere più specialmante le osservazioni che provengono da origini differenti.

In una nota comunicata alla *Société de Biologie* (seduta del 6 dicembre 1874) Raymond ha riferito due fatti di non eguale importanza, dal punto di vista che ci occupa; in questo senso, che l'esperimento completo, continuato, metodico, nell'uno dei due, è stato, al contrario, molto imperfetto nell'altro. Vediamo dapprima questo.

Oss. I. X.... di 18 anni (sala di Gombault, ospedale della Pitié), affetta da isterismo con tremore e scosse nelle membra superiori ed inferiori, esce guarita dall'Ospedale dopo 28 giorni dalla sua entrata. E perchè oltre al bromuro di canfora si è ricorso ad altri agenti terapeutici, noi ci limiteremo a questa semplice menzione.

Oss. II. X.... 19 anni (sala di Vulpian, ospedale della Pitié), è soggetta ad accidenti nervosi caratterizzati da frequenti desiderii di piangere, da dolori epigastrici, rachidiani, ecc. Il giorno della sua ammissione all'ospedale era affetta da tosse secca, che tornava ad intervalli indeterminati, da dispnea e da dolori nel lato destro: l'ascoltazione era negativa. Dopo ventisette giorni dalla sua entrata nell'ospedale, fu presa tutto ad un tratto da *tremori*, fortissimi nella gamba sinistra, più deboli nella gamba dritta. La vigilia, l'ammalata provò dolori nelle ginocchia. Il tremore che si compiva sempre nel medesimo senso, dispariva durante il riposo e arrivava al maximum nei movimenti. La sensibilità tattile è perduta nelle membra inferiori. L'indomani, il tremore è costante ed è affetto anche il membro superiore dritto. Il terzo giorno, il membro inferiore sinistro è agitato da movimenti involontarii, e alla sera sopraggiunsero un tremore alla lingua, palpitazioni ed oppressione molto forte. Nel quinto giorno, la situazione essendo la medesima, Vulpian prescrive cinque confetti di bromuro di canfora, e al sesto giorno sei. Il tremore è un po' meno forte e ritorna la sensibilità nelle membra paralizzate. Si continua col bromuro di canfora, aumentandone sempre la dose fino a 19 confetti (1 gr. 90), e dopo altri sedici giorni l'ammalata esce guarita

Dopo una diecina di giorni, il tremore avendo minacciato di ricomparire, si torna al bromuro di canfora; dopo qualche giorno il tremore

(1) Vedi nel numero di dicembre 1874 del « Morgagni » la nota del prof. Tommasi sull'argomento.

è un po'ricomparso, ma col bromuro di canfora, dopo otto giorni, l'ammalata è completamente ristabilita.

Se il primo fatto non è esente da critica, il secondo ci sembra recare pruove serie che sostengono il felice intervento del bromuro di canfora nelle affezioni del sistema nervoso. Esso giustifica per conseguenza le previsioni basate su esperimenti, in ciò che concerne le funzioni cerebro-spinali. Ma d'altra parte, gl'insegnamenti ricavati nello studio degli effetti del monobromuro di canfora sulla respirazione e sulla circolazione, convalidate dalle nozioni desunte dall'analisi chimica che sembrano annunziare che il bromuro di canfora si elimina, almeno in parte, per le vie respiratorie, indicano anche l'uso del bromuro di canfora nel trattamento di certe dispnee e in quello delle palpitazioni cardiache. Ora la clinica conferma ancora questa ipotesi.

Oss. III. *Palpitazioni isteriche, insonnie; trattamento col bromuro di canfora;* pel dott. Mathieu.

La vedova B..... cameriera, di una trentina d'anni, fu vivissimamente impressionata dalla morte di suo marito. La sua salute cominciò ad alterarsi, si manifestarono sintomi di clorosi: palpitazioni, rumori di soffii vascolari, accessi di calore alternanti col pallore della faccia, sonno difficile ed agitato esaltazione convulsiva e anestesia incompleta, sopra tutto nelle membra del lato sinistro, mestruazione irregolare, urina incolore ed abbondante, ecc. Fu sottoposta prima al trattamento tonico (china, bagni sulfurei, ecc.) più tardi, alla comparsa dei movimenti convulsivi, le diedi bromuro di potassio; allorchè, ad un tratto, sopraggiunsero palpitazioni intense e precipitate, seguite da vera lipotimia. Il sonno per cinque notti consecutive è stato quasi nullo; non vi fu febbre. Ricorsi ai confetti di bromuro di canfora, dopo di aver tentati invano i narcotici e gli antispasmodici ordinarii. Principiai con quattro confetti, si ebbe una calma relativa; il polso da 135 pulsazioni, tornò al normale. Questo risultato è dovuto tutto al bromuro di canfora, avendo soppressi gli altri medicamenti, compreso il bromuro di potassio. Continuai per 15 giorni, variando le dosi secondo le indicazioni. Allora lo diminuii progressivamente, fino a non darne che due confetti al giorno, ma si riprodussero le palpitazioni e l'insonnia, che cederono alla dose giornaliera di cinque a sei confetti, che mantenni per qualche tempo onde assicurare la calma del cuore e del cervello. Infatti sembra che il bromuro di canfora porti la sua azione sedativa speciale su questi due organi. Ciò risulta dagli sperimenti che si continuano in questo momento e che l'osservazione precedente non fa che confermare.

Noi non aggiungiamo commenti a questa osservazione che viene ad appoggiare quelle che sono state pubblicate su questo oggetto, e terminiamo questa rivista con una indicazione pratica.

Fin dal principio delle nostre ricerche, ci siamo preoccupati di trovare il mezzo per amministrare facilmente il monobromuro di canfora. Per lungo tempo siamo stati obbligati ad attenerci ai confetti conte-

nenti centigr. 10 del medicamento. Nella maggior parte dei casi questo modo di preparazione ci è bastato. Ma quando si vuol spingere la dose a tre grammi o più, gli ammalati hanno a prendere 30 confetti, ciò che talvolta li annoia Noi abbiamo dunque impegnato il dott. Clin, che aveva avuto l' obbligo di prepararci il bromuro di canfora necessario ai nostri sperimenti, di tentare a far le *capsule*. Egli vi è molto felicemente riuscito; ed ora, nei casi che esigono dosi elevate, noi diamo delle *capsule* con involto di glutine, contenenti ciascuna 20 centigrammi di bromuro di canfora. Questo processo farmaceutico contribuirà, lo speriamo, a volgarizzare l'uso di una sostanza di cui gli effetti fisiologici sono così considerevoli.

Zur Behandlung mit der Magenpumpe. (*Dell' uso della pompa stomacale*); del dott. Paolo Schliep. (*Deutsches Archiv. f. Klinische med.* XIII Vol., p. 455).

L' autore ha intrapreso il lavacro e lo spurgo dello stomaco colla pompa stomacale nella maggior parte dalle affezioni gastriche. Questo genere di cura, applicata da Küssmaul a dei casi di dilatazione dello stomaco, ha numerosi partigiani in Germania. Il dott. Schliep ha applicato un tale processo terapeutico principalmente alla cura della gastrite cronica idiopatica o sintomatica, accompagnata o nò da dilatazione. La guarigione del catarro cronico non esige che un numero ristrettissimo d' applicazioni dello strumento; nei casi di catarro semplice, nove sedute bastano in media; ma in alcuni casi due o tre applicazioni furono sufficienti. Quando la gastrite è deuteropatica, un maggior numero di sedute è necessario; ma in questi casi eziandio i risultati sono soddisfacentissimi; anche nella tisi il miglioramento delle digestioni è quasi costantemente seguìto dall' aumento del peso del corpo. Nella dilatazione dello stomaco, la pompa dev' essere impiegata il più presto ed il più regolarmente possibile. Lo stomaco dev' essere vuotato completamente tutti i giorni. Nel cancro, l' uso della pompa stomacale costituisce un mezzo palliativo prezioso.

L' autore impiega, per lo spurgo dello stomaco, l' acqua pura un po' calda, e l' acqua carica dei principj medicamentosi seguenti: 1.° bicarbonato di soda, quando la reazione dei liquidi stomacali è molto acida; 2.° il permanganato di potassa, quando questi liquidi offrono segni di decomposizione; 3.° l' acido fenico, quando lo stomaco contiene parassiti vegetali; 4.° l'acido borico come disinfettante; 5.° la tintura di mirra nella dispepsia atonica con produzione abbondante di muco.

Die Hydrotherapie bei, entzündlichen Gehirnaffectionen. (*Dell'idroterapia nelle affezioni infiammatorie dell' encefalo*); del dott. Röhrer. (*Deutsch. Archiv. f. Klin. med.*, XIII. Vol., 512; *e Revue des sc. med.* ottobre 1874).

L' autore ha impiegato con successo le doccie fredde nella meningite franca, e nei casi ove si sviluppavano dei sintomi encefalici gravi a corso di morbi acuti, infeziosi o meno. Le diverse indicazioni della doccia fredda

sono: 1° l'apparizione dell'iperemia e dell'irritazione encefalica; 2.° la meningite, qualunque ne sia l'eziologia ed appena può essere sospettata; 3.° una elevazione di temperatura febbrile, capace di produrre disordini cerebrali; 4.° le malattie infeziose con determinazioni encefaliche (coma, delirio); 5.° i disordini circolatori relativi al ventricolo destro, osservati nella pneumonia franca e ipostatica.

Gli effetti delle doccie fredde sono multipli:

1.° Esse producono un abbassamento di temperatura per sottrazione di calore;

2.° Agiscono come antispasmodiche;

3.° Determinano una derivazione locale sulla pelle della testa o del collo;

4.° Irritano le estremità dei nervi periferici; ed in tal modo risvegliano, in via riflessa, i movimenti respiratori e l'azione dei centri nervosi.

Cura di alcuni sintomi del periodo consuntivo della tisi polmonare; del dott. James Little. (*The Dublin journ. of med. science*, gennaio 1875).

L'autore consiglia i mezzi seguenti contro i principali sintomi della consunzione polmonare:

1.° *Contro i sudori.* — Due farmaci hanno la preminenza sopra gli acidi minerali, l'ossido di zinco, il tannino e gli altri astringenti che sono di un uso classico. Tali sono in primo luogo, la polvere di Dower alla dose di 25 centigr. da prendere al momento di coricarsi, ed in secondo luogo l'atropina o il suo solfato alla dose di un mezzo milligrammo in pillola. Disciolta nell'acqua, l'atropina è meno sicura per la instabilità della sua soluzione. L'autore crede che sovente la sensazione di freddo, causata dal coricarsi in biancherie umide, sia pel malato che traspira non soltanto una cosa penosa, ma eziandio la sorgente di quelle congestioni polmonari così frequenti a questo periodo della tisi; perciò vuole che in questi casi il malato vesta nella notte una larga camicia di flanella.

2.° *Contro la tosse.* — Contro quella tosse secca, tenace e faticante dei tisici, che impedisce il sonno e perturba la notte, l'autore raccomanda una mistura composta di:

Acetato di morfina	centigr. 10
Liquore d'atropina	goccie 6
Acido cianidrico diluito	goccie 36
Siroppo di ciliegie di Virginia	grammi 30 a 50

Da prendere un cucchiaio da caffè la sera all'atto di coricarsi, ed un secondo la notte, se v'è bisogno. Tale miscuglio non produce il mattino il malessere che occasiona l'oppio; ma se sopraggiungesse, lo si fa scomparire permettendo al malato di succhiare qualche pezzo di cedro.

Quando l'espettorazione è difficile, in causa della grande vischiosità

delli sputi, Little rimpiazza la soluzione precedente con un miscuglio contenente piccole dosi d'ioduro di potassio e di carbonato di soda unite ad acido cianidrico ed a tintura composta di cloroformio; al quale si può aggiungere, al bisogno, alcune goccie di tintura d'oppio. Tale mistura dev'essere presa più a brevi intervalli delle precedenti, e dev'essere continuata fino a che l'espettorazione sia divenuta più facile.

In certi casi li sforzi di tosse stiracchiano vecchie aderenze pleuriche, esistenti nella vicinanza delle lesioni dei polmoni; e determinano così una irritazione polmonare, ch'è essa stessa una causa di tosse. In questi casi i violenti colpi di tosse si succedono quasi senza lasciare intervallo di quiete al malato; allora Little si è trovato bene dall'immobilizzazione del torace, che s'ottiene a mezzo di bende d'empiastro adesivo di 4 a 5 pollici di larghezza, che si estendono in linea trasversale sulla parte malata dalla colonna vertebrale allo sterno, in modo da fare una corazza, che si mantiene in sito con un'ultima benda d'empiastro che passa al disopra della spalla, avente uno de'suoi corpi fissato nella regione interscapulare, e l'altro nella regione mammaria.

Il cloralio, che s'impiega così di sovente oggi, produce un sonno agitato ed aumenta il senso d'oppressione quando lo si amministra solo. L'autore ovvia a questo inconveniente, dandolo assieme a qualche preparato d'oppio, locchè permette di diminuire ad un tempo le dosi dei due farmaci.

3.° *Contro l'inappetenza.* — Nei casi di perdita totale dell'appetito, così frequente nei tisici, l'autore prescrive la stricnina unita all'acido fosforico ed all'acido cloridrico in una infusione fresca di colombo con corteccia d'arancio.

Quando all'anoressia si aggiunge un senso di pesantezza epigastrica dopo il pasto, il malato si trova bene con una cucchiaiata da *dessert* di vino di pepsina, con 10 goccie d'acido cloridrico diluito in un pò d'acqua. Quando è una sensazione di dolore che il malato prova dopo il pasto, flatulenza, sete, lingua sporca, e accesso di tosse provocante sovente il vomito, devesi cessare l'uso dei tonici (l'olio di fegato di merluzzo, per esempio, se il malato ne fa uso), nello stesso tempo che si prescriverà una dieta moderata e dei rivulsivi all'epigastrio; riuscirà utile, in questi casi di catarro gastrico, questo aperiente, e specialmente una mistura contenente deboli dosi di nitro in combinazione col sottonitrato di bismuto, dell'acido cianidrico e dell'acido nitrico.

Uso dei cianuri nella cura del reumatismo articolare acuto; del dottor A. Luton di Reims. (*Bull. Génér. de Thérapeutique*, 15 gennaio 1875).

L'autore comincia il suo articolo coll'accennare alla insufficenza della propilamina e della trimetilamina nella cura del reumatismo articolare acuto, e alla difficoltà di amministrare queste sostanze per il cattivo loro sapore e odore ripugnante. Passa quindi a parlare del colchico, e fa os-

servare la necessità di spingerne la dose fino quasi ad avere un'azione tossica, per ottenere degli effetti soddisfacenti.

Volendo trovare perciò, un surrogato a questi rimedii, rivolse la sua attenzione ai *preparati cianic*; preferendo tra questi il *cianuro di zinco*, come quello che gode di una composizione più definita e costante.

Amministratolo per la prima volta alla dose giornaliera di 10 centigrammi ad un individuo che, affetto da febbre, delirio, dolori nefritici e alle articolazioni delle dita grosse dei piedi, renella, lo aveva messo in sospetto che si trattasse di gotta, vide come per incanto cessare tutti questi fenomeni.

In un altro individuo di 60 anni, che presentava più spiccati i sintomi della gotta, ottenne un sollievo quasi istantaneo dall' amministrazione del cianuro di zinco alla solita dose di 10 centigrammi. Per il che, gli venne in mente di esperimentare questo medicamento anche nel reumatismo articolare. In questa malattia i successi furono parimenti completi, e tanto più brillanti, quanto più si aveva a fare con un reumatismo acuto: circostanza questa che fu già notata anche riguardo alla propilamina ed altri rimedi, nella cura del reumatismo.

Qui l' autore riferisce per esteso 10 casi di reumatismo articolare da lui felicemente curati con questo metodo all'Hôtel-Dieu: cioè, 5 casi di reumatismo articolare acuto guariti nello spazio da 2 a 7 giorni; 2 casi di reumatismo articolare acuto recidivante, guariti l'uno in 5, l'altro in 12 giorni; riferisce un reumatismo subacuto guarito in tre giorni, e un reumatismo subacuto recidivante, guarito in 10 giorni.

Riferiti questi casi, e fatto osservare come siano poco usati i medicamenti cianici in generale, ad eccezione dell' acqua distillata di lauroceraso, adoperata solo per correggere le pozioni calmanti, dà alcune norme sul modo d' amministrazione dei cianuri. Egli intanto preferisce il *cianuro di zinco*, perchè insipido e insolubile, lo si può somministrare in pillole, oppure sospeso in un veicolo qualunque quasi all'insaputa del paziente, alla dose da 5 a 20 centigrammi al giorno.

Altro preparato è il *cianuro di potassio*, il quale, secondo l'autore, meriterebbe la preferenza per la sua maggiore attività. Egli lo dà alla dose massima di 10 centigrammi, sotto forma pillolare per mascherare il suo sapore disgustoso. Consiglia di usare quale coadiuvante nelle pozioni l' acqua di lauro-ceraso.

Gli effetti fisiologici dei cianuri a dose medicamentosa, sono appena apprezzabili; però nel lungo uso danno luogo a cefalalgia frontale, vertigini, nausea, diarrea, qualche dolore colico; spesso lo stomaco ne è vantaggiosamente stimolato, l' appetito si risveglia, la digestione si effettua regolarmente; e da qui si vede come i cianuri possano essere utili nella gotta cosidetta dello stomaco, e come non ne derivino inconvenienti, amministrandoli durante o appena dopo il pasto.

Dal punto di vista terapeutico si nota che il dolore è il primo fenomeno patologico che viene ad essere modificato, diminuisce la forza e

il numero delle pulsazioni del cuore; e in un caso in cui si fecero le osservazioni termometriche, la temperatura andò mano mano abbassandosi da 39° a 37°.2

La secrezione orinaria gli parve naturalmente influenzata: mentre le condizioni delle articolazioni andavano migliorando, le orine acquistavano l'aspetto di *giumentose*, il che darebbe indizio di una azione riduttiva dei cianuri.

Come risultato finale l'autore dice, che i cianuri guariscono il reumatismo articolare acuto nella sua forma fondamentale e nelle sue diverse trasformazioni, abbreviando la durata della malattia e diminuendo per tale modo i pericoli delle complicazioni.

Del croton-cloralio idrato; del dott. WEILL (*Tesi di Parigi*, IV. 494, 30 dicembre 1874). Vedi sullo stesso argomento l'articolo riassunto di LIEBREICH, *Riv. di Med. di Chir. e di Terap.* anno VI, Vol. I. p. 475.

Conclusioni dell'autore.

1.° Il croton-cloralio si ottiene facendo agire per 24 ore una corrente di cloro sull'aldeide:

2.° La formola è $C^4 H^3 Cl^3O$. Può essere considerato come l'aldeide dell'acido crotonico, nella quale tre atomi di cloro si sono sostituiti a tre d'idrogeno;

3.° Le proprietà chimiche sembrano imitare quelle del cloralio.

4.° Ne differisce per le sue proprietà fisiche; non è solubile che in 25 a 30 volte circa il suo peso d'acqua;

5.° L'idrato di croton-cloralio è quello ch'è impiegato in medicina;

6.° Subisce, in presenza degli alcalini, ed in conseguenza nell'organismo, in proporzione dell'alcalinità del sangue, uno sdoppiamento analogo a quello del cloralio, e si decompone in acido formico ed in allilcloroformio, ch'esso stesso è convertito rapidamente in bicloralilene;

7.° La sua azione fisiologica è diversa da quella del cloralio;

8.° È ipnotico per la stessa ragione, ed il più delle volte a dose minore di quello;

9.° Esercita un'azione speciale sui nervi sensitivi cranici:

10.° A dose moderata non ha azione sui battiti del cuore e sulla tonicità muscolare, nè rallenta la respirazione e non abbassa la temperatura come il cloralio;

11.° A dose esagerata, uccide per arresto della respirazione;

12.° Le lesioni constatate all'autopsia degli animali, consistono in una iperemia intensa delle meningi, specialmente di quelle dell'encefalo;

13.° Il suo uso terapeutico è indicato:

a) Nelle nevralgie del trigemino;

b) Nelle altre nevralgie, e contro il fenomeno dolore in generale;

c) Nelle affezioni spasmodiche del sistema nervoso;

d) Quando l'uso del cloralio è pericoloso, in causa di una affezione cardiaca;

e) Per calmare la tosse in certe affezioni croniche delle vie respiratorie;

f) Per procurare il sonno.

14.° Le controindicazioni al suo impiego sono: uno stato infiammatorio delle vie digestive ed una predisposizione alle congestioni encefaliche;

15.° Il suo sapore è più disaggradevole di quello del cloralio, e richiede di essere mascherato da un correttivo indispensabile. L'estratto di liquirizia sembra finora il meglio appropriato a tale scopo;

16.° Non può essere amministrato ipodermicamente.

17.° La dose deve variare secondo l'età, la suscettibilità particolare d'ogni individuo e gli effetti che si desiderano di conseguire.

Il dott. Weill impiega la pozione seguente:

Pr. Croton-cloralio		Gr. 2
Glicerina calda		» 6
Estratto di liquirizia		» 4
Acqua Siroppo di zucchero	ana	» 45

Ovvero:

Pr. Croton-cloralio Polvere di liquirizia Conserva di rose	ana	Gr. 1

Per 20 pillole.

Riguardo alla dose, Weill si esprime così:

« Se si tratta soltanto di procurare il sonno, si potrà cominciare da 50 centig. ad 1 grammo; nella maggioranza dei casi, essa sarà sufficiente, a meno chè non esista uno stato di sofferenza tale che delle forti dosi di narcotico sieno assolutamente indispensabili. In questi casi, si amministreranno addirittura 2, 3 e 4 grammi, e si aumenteranno anche all'uopo.

« Se si tratta di nevralgie o d'altre affezioni nervose, è allora che la pratica dei medici inglesi trova specialmente la sua applicazione; 5, 10, 20 centigr. saranno ripetuti ogni quarto d'ora, ogni mezz'ora, ogni ora fino al miglioramento, ed è spesso sorprendente la rapidità colla quale è ottenuto.

Nota sul croton-cloralio; del prof. Tommasi (*Il Morgagni*; dispensa I e II. 1875).

Sperimentato il croton-cloralio dal prof. Tommasi nella clinica degli uomini come ipnotico ed amministrato alla dose di 2 grammi, produsse appena un sonno leggiero di 10 minuti; locchè proverebbe che è molto inferiore, da questo lato, al cloralio, il quale, alla stessa dose, procaccia invece un sonno molto più lungo e profondo. Aggiunge inoltre l'autore che esso lascia un senso di stordimento, che il cuore non si abbassa

nella sua forza sistolica come accade dietro l'azione del cloralio. Amministrato alla dose di 4 grammi, il sonno sopraggiunse dopo un quarto d'ora circa e durò 5 ore, ma interrotto e leggiero. Il Tommasi conchiude quindi da tutto ciò, che bisogna abbandonarlo come ipnotico, e se si vuole, usarlo invece contro la nevralgia del trigemino alla dose di 3 grammi circa, in tre volte, con un' ora d' intervallo.

Usato in tale nevralgia, ma di natura sintomatica, non ottenne alcun risultato; e provocò invece cefalalgia che prima non esisteva, nausea e tendenza al vomito, arrossamento delle gote, peso frontale e senso di stordimento e tremore generale, che durò un quarto d' ora, per intenso freddo che provò l'ammalato, benchè la temperatura rimanesse normale, e una leggera tendenza a dormire.

Usato invece in una donna colpita di ricorrente nevralgia facciale di tutte tre le branche del trigemino, specialmente della terza, malgrado che avesse una leggera carie a due denti, che poteva esser causa o effettiva od occasionale della nevralgia, due grammi di croton cloralio, dati coll'intervallo di un'ora, hanno calmata la nevralgia completamente ed hanno alquanto diminuita la sensibilità normale nella faccia e nella fronte. Non hanno mancato però anche in questo caso, la nausea, un senso di stringimento allo stomaco, un tremito convulsivo delle gote ed il solito senso di stordimento. Il sonno, in questo caso, fu più pronunciato che nell' altro, ma sempre breve ed interrotto.

È dunque un rimedio, ripete il Tommasi, che potrà tentarsi nelle nevralgie della faccia, almeno in certi individui molto sensibili, ma è un fatto che non limita la sua azione ai soli rami del trigemino, come vorrebbe Liebreich, estendendola altresì su alcuni centri motori e specialmente sul vago.

Dall'azione della conicina sulla sensibilità cutanea; di Gubler (*Bull. Génér. de Thérap.* 30 gennaio 1875).

L' autore riferisce dapprima i fatti che mostrano che la cicuta modifica la sensibilità ed indica in particolare i fenomeni già conosciuti della morte di Socrate e l' osservazione segnalata da Hunter in cui un uomo, che aveva preso della cicuta ad alta dose, perdeva la sensibilità di servirsi delle sue dita; indi racconta un fatto da lui osservato ove quest' azione sulla sensibilità è stata delle più evidenti. Trattasi di una donna che applicava, colle dita della mano destra, una pomata alla conicina sopra un tumore di natura cancerosa che aveva suo marito alla regione del fegato. Passato un certo tempo, le dita che servivano alla frizione perdettero la loro sensibilità; questa donna cangiò allora la mano e si servì della sinistra munita di un guanto, e questa volta eziandio, le dita hanno perduto la sensibilità. Tutti questi fenomeni disparvero rapidamente cessando dall' impiego della pomata.

Gubler insiste sopra questo fatto onde mostrare la realtà delle modificazioni apportate alla sensibilità dalla conicina, proposizione che ha già segnalato nei suoi *Commentarii* di terapeutica.

Nota sull' azione terapeutica dell' apomorfina; del dott. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. Génér. de Therap.*, dispensa 8.ª, 1874).

(Vedi, sullo stesso argomento, la *Rivista di Med. di Chir. e Terapeutica*, Vol. VI, 1873, pag. 576, e Vol. IX, 1874, pag. 254).

In questo interessante articolo, il dott. Dujardin accenna come l'apomorfina fosse già sospettata, fino dal 1875, dal dott. Arppe; meglio studiata, nel 1848, dai dottori Laurent e Gerhardt, e definitivamente conosciuta, nel 1869, da due medici inglesi, Matthiesen e Wright.

L'apomorfina ($C^{17} H^{17} AzO^2$) è della morfina ($C^{17} H^{19} AzO^3$) che ha perduto 1 equivalente d'acqua ($C^{17} H^{17} AzO^2 + H^2O = C^{17} H^{19} AzO^3$).

Questa morfina, disidratata, si ottiene riscaldando alla temperatura di 140 a 160 gradi, in un tubo chiuso, della morfina con acido cloridrico; il corpo che risulta da questa azione, e che non rappresenta che 10 a 15 per 100 della morfina impiegata, è una polvere bianca, molto facilmente decomposta. È l'apomorfina, che si ottiene eziandio trattando nello stesso modo la codeina; risulta, da questa reazione, del cloruro di metile e dell'apomorfina:

$$\underset{\text{Codeina}}{C^{17} H^{17} (CH^3)\ H\ Az\ O^3} + H\ Cl = \underset{\text{Cloruro di metile}}{CH^3\ Cl} + \underset{\text{Apomorfina}}{C^{17} H^{17} AzO^2} + H^2O$$

Accenna inoltre l'autore, come la sola combinazione finora impiegata in medicina, sia il cloridrato d'apomorfina; il quale si presenta sotto forma di una polvere cristallina leggiermente grigiastra, di difficile soluzione nell' acqua, e che esposta all'aria, prende una tinta verdastra che passa, dopo un certo tempo, al verde-smeraldo, ricoprendosi di una leggiera pellicola iridescente; in quest'ultimo stato la soluzione sembra perdere una gran parte della sua azione vomitiva, perciò tutti gli autori sono d'accordo nel consigliare l'impiego di soluzioni recentemente fatte, di disciogliere questo corpo o nella glicerina, od in una soluzione zuccherata.

Traccia successivamente l'autore il modo com'egli suole usarla, ch'è il seguente: Nella quantità d'acqua di cui è capace la siringa d'injezione ipodermica, ne fa sciogliere da 5 a 10 milligrammi, e senza aspettare la completa soluzione, pratica l'injezione. Il luogo dell'injezione, crede l'autore, non eserciti alcuna influenza sull'azione vomitiva del farmaco: egli però, nelle sue osservazioni, prescielse sempre il membro superiore, e precisamente la faccia dorsale dell'avantibraccio, e non ne susseguì mai alcun dolore. Dalle stesse sue osservazioni e da quelle del dott. Bourgeois, che praticò l'injezione su sè stesso, emerge, che mentre nell'uomo 2 o 3 milligr. producono nausee senza vomiti, 3 centig. invece inducono vomiti rapidi e ripetuti, assieme a sforzi considerevoli.

Alcuni sperimentatori sono d'avviso che l'apomorfina non sia tossica; e Dujardin non crede ciò esatto, perchè negli animali quando si oltrepassa certa dose, per esempio 20 a 40 centigr. in un cane, sopraggiunge un periodo d'agitazione e di movimenti di roteazione, che Kechler, Moel-

ler, Quehl e David hanno benissimo descritto, al quale sussegue la morte.

Quehl e Siebert, hanno consigliato d'impiegare questo farmaco o per bocca o pel retto; in questo caso se ne deve impiegare una dose tripla in confronto di quella che impiegasi ipodermicamente. Recentemente Juratz ha anche formulata una pozione espettorante a base d'apomorfina ch'è la seguente:

Pr.	Cloridrato d'apomorfina	1 a 3 centigr.
	Acqua distillata	120 grammi
	Acido cloridrico	5 goccie
	Siroppo semplice	30 grammi

Un cucchiajo da zuppa ogni due ore.

L'azione vomitiva dell'apomorfina non sembra estinguersi coll'uso, e ne sarebbe prova l'esperienza fatta da Siebert, che injettava per 15 giorni 1 milligrammo del farmaco in un cane, ottenendo costantemente il vomito.

Nei malati dell'autore, i vomiti si producevano da cinque a quindici minuti dopo l'injezione ipodermica, e cioè in proporzione diretta della quantità del farmaco injettato.

Immediatamente dopo i vomiti, i malati tutti provano un bisogno invincibile di dormire; il quale fenomeno venne variamente interpretato: chi lo attribuisce all'impurità del preparato, chi alla fatica prodotta dal vomito. Dujardin che ha usato sempre dell'apomorfina purissima, non può dividere tale opinione; e crede, invece, che l'azione di questo fenomeno ravvicini l'apomorfina, più di quanto si pensa, all'azione della morfina, la quale injettata anche a debole dose, in certe persone, induce sempre vomiti; solo ciò che è l'eccezione per la morfina, diverebbe la regola per l'apomorfina. Questo sonno, d'altronde, è riparatore, e dopo i vomiti calma il malato, che, allo svegliarsi, si trova di molto sollevato; è codesta adunque un'azione favorevole e che devesi porre a vantaggio del nuovo farmaco.

Da tutte le osservazioni raccolte l'autore ha potuto concludere che l'apomorfina non produce alcuna azione sui differenti apparecchi, e che la temperatura non sembra modificata che per li sforzi del vomito.

L'apomorfina, per via ipodermica, non produce sempre il vomito. — David ha constatato che negli animali anestesiati o col cloroformio o col cloralio per injezione venosa, non vi fu vomito; però, appena svegliati, il vomito comparve colla stessa forza ed intensità come sull'animale sano. Riprodotte dall'autore le stesse sperienze sui cani, le trovò esattissime.

Due volte, nelle sperienze praticate da Dujardin, i vomiti dopo l'injezione di 1 centigr. d'apomorfina non si produssero; ed in entrambi i casi trattavasi di bronco-pneumonite, arrivata all'ultimo grado di gravezza, per cui i malati morirono, in seguito ai progressi dell'asfissia,

due o tre ore dopo l'injezione. In questi casi d'insuccesso non resta che invocare, dice l'autore, il difetto d'assorbimento nei malati giunti agli estremi della vita, e probabilmente anche la diminuzione di vitalità dei centri nervosi.

Dai fatti osservati nei due mentovati infermi, sembra chiaro all'autore che non devesi contare sull'azione dell'apomorfina nei periodi ultimi di un morbo, ed è a temersi che altrettanto avverebbe negli avvelenamenti gravi accompagnati da uno stato comatoso profondo.

Le 20 osservazioni in cui Dujardin ha impiegato le injezioni ipodermiche d'apomorfina, si dividono come segue: 3 casi di pneumonite, 4 casi d'amigdalite e 13 casi d'imbarazzo gastrico.

Nella bronco-pneumonite ha impiegato le injezioni d'apomorfina come espettorante; è noto come, in questo morbo, i vomitivi sieno sovente infedeli, producendo la diarrea senza indurre il vomito. L'apomorfina, che non sembra avere alcuna azione irritante sul tubo digestivo, gli parve dunque indicata, ed i risultati ottenuti lo conformarono nella sua aspettazione; ma avrebbe, in pari tempo, mostrato che non devesi aspettare gli ultimi periodi di questo morbo per praticare tali injezioni ipodermiche.

Nella amigdalite, l'apomorfina riesce utile, evitando, con questo mezzo, le difficoltà che provano i malati ad inghiottire.

Negli imbarazzi gastrici, è d'uopo distinguere: quando si tratti di un caso leggiero, l'apomorfina si mostra eguale all'ipecacuana ed al tartaro stibiato; ma nei casi più intensi, ove il disordine arrecato alle funzioni della mucosa del tubo digestivo non si localizza soltanto allo stomaco, ma si estende più o meno lungi, gli è sembrato che l'apomorfina fosse inferiore all'ipecacuana od al tartaro stibiato.

Fino ad ora gli autori non hanno formulato alcuna controindicazione per l'impiego dell'apomorfina. Nulladimeno, Dujardin riferisce un caso di catarro dello stomaco pronunciatissimo, in un uomo albuminurico e che trovavasi in preda all'alcoolismo, al quale, avendo amministrato 1 centigr. di cloridrato d'apomorfina per injezione, l'injezione diede luogo ad uno scolo di sangue, e si fece un trombo sotto la pelle. Subito dopo l'injezione si manifestarono sudori e nausee, indi vomiti di liquido contenente bile, poi sincopi improvvise, scomparsa del polso, respirazione resa appena apprezzabile, pallore livido di tutta la pelle, la quale si copre di sudore freddo abbondantissimo; più tardi il collasso divenne completo. Sotto l'influenza di correnti elettriche energiche, il malato si rianimò e non restò più traccia della sincope. Questo malato, che non aveva mai avuto in passato altri simili attacchi, soccombette un mese dopo in seguito dell'albuminuria che lo travagliava, e l'autopsia ha constatato una pachimeningite senza emorragia delle meningi.

Questo fatto, soggiunge Dujardin, è dei più oscuri; è la sola volta, in tutte le nostre osservazioni, che l'injezione d'apomorfina sia stata eseguita involontariamente in una piccola vena. Non sappiamo dire se

l'injezione dell'apomorfina abbia avuto parte nello sviluppo dell'accidente. Ci limitiamo piuttosto a trarre questa sola conclusione pratica, « ch'è d'uopo evitare di fare direttamente l'injezione in una vena. »

L'autore conclude:

« Il cloridrato d'apomorfina, introdotto per la via ipodermica alla dose di 5 a 10 milligr., è un vomitivo rapido, potente, la di cui azione non sembra diminuire coll'uso, e che non sembra provocare alcuna irritazione sulla mucosa del tubo digestivo. Se si aggiunge che a queste dosi, specialmente se si ha cura di non praticare l'injezione sottocutanea direttamente in una vena, mai un tale farmaco produce azione tossica, si avranno tutti i vantaggi che presenta questo nuovo vomitivo, che deve prender posto oramai nella terapeutica, massime se, con ricerche ulteriori, si giungerà a rimediare ai due lievi inconvenienti che presenta: la sua poca solubilità da una parte, e l'alterazione rapida delle sue soluzioni dall'altra. »

Sull'azione fisiologica e terapeutica dell'apomorfina. (*Bull. Génér. de Thérap.* Disp V, 15 marzo 1875).

I dottori Budin e Coyne hanno comunicato alla Società di biologia, seduta del 12 dicembre 1874, i risultati delle esperienze fatte da essi nel laboratorio del prof. Vulpian. Injettando l'apomorfina a dei cani *totalmente* anestesiati col cloroformio, questi autori hanno ottenuto i risultati seguenti: in una *prima* categoria di fatti i vomiti sono sopraggiunti, ma la loro apparizione è stata ritardata, ed abbisognò una dose più considerevole d'apomorfina; in una *seconda*, i vomiti non sono comparsi che dopo risvegliati gli animali; in una *terza*, i vomiti hanno mancato assolutamente. Ma in questi ultimi fatti Budin e Coyne hanno trovato delle lesioni intestinali caratterizzate da enterite acuta emorragica: una volta eziandio l'enterite emorragica ha indotto la morte. Lo stomaco e gli intestini grassi erano rimasti completamente sani; è specialmente in corrispondenza della seconda porzione del duodeno e al disotto che si riscontrano le lesioni le più intense (« Progrés Médical, » 1874, pag. 778). All'epoca in cui questa comunicazione era fatta, il dottor Chouppe pubblicava nella *Gazette hebdomadaire* (dicembre 1874) una rivista critica dei differenti lavori comparsi sull'apomorfina. Chouppe richiamava specialmente l'attenzione sopra fenomeni gravi di nausee, che giungevano fino alla sincope, fenomeni che sopraggiungevano talvolta in seguito alle injezioni dell'apomorfina; egli credeva che tali fenomeni scomparirebbero se si impiegasse una dose più considerevole d'apomorfina. La comunicazione ricordata superiormente ci mostra che sarebbe forse dannoso di porre questo mezzo in pratica, specialmente nei casi ove avvenisse che i vomiti non sopraggiungessero, come nei soggetti deboli, i bambini per esempio.

Successivamente il dott. Prevost (di Ginevra) ha pubblicato, nella *Gazette hébdomadaire*, 8 gennaio 1875, un caso di collapsus inquietante

in seguito di una injezione di 4 milligrammi d'apomorfina, fatta in una donna di 41 anni, onde combattere i sintomi di un imbarazzo gastrico. Questo fatto, unito a quello già pubblicato anteriormente dal dott. Dujardin Beaumetz, ed inserito nel *Bull. Génér. de Thérap.*, dispensa 8.ª 30 ottobre 1874, pag. 345, mostra che l'apomorfina può, in casi estremamente rari, dar luogo a sintomi gravi.

Dell' anestesia chirurgica colle iniezioni intravenose di cloralio; del dott. Oré. (*Bull. Général de Thérap.*, 30 novembre 1874).

L'autore fece una nuova comunicazione sull'anestesia colla injezione intravenosa di cloralio. Dopo di avere esposto l'osservazione di una nuova operazione fatta da lui, a Bordeaux il 6 ottobre ultimo, e che consisteva nell'amputazione di un testicolo tubercoloso, Oré formula le conseguenze che discendono dal suo metodo; le quali s'appoggiano, sopra 14 casi, susseguiti da 14 successi. Tali conseguenze sono le seguenti:

I. *Manualità dell'operazione.* — Una condizione essenziale onde conseguire il successo consiste nella puntura senza denudazione, ma specialmente senza taglio ed isolamento della vena. Se il soggetto è troppo grasso e le vene appena appariscenti, si può fare una incisione in corrispondenza della vena che si deve spingere fino a che la sua parete divenga percettibile; allora la si punge direttamente, senza separarla dalle parti vicine. Riguardo al trequarti ed alla siringa, Oré la descrisse nella sua nota del 4 maggio.

II. *Dose della soluzione.* — Egli ha sempre impiegato delle soluzioni al quarto (10 grammi di cloralio in 30 grammi d'acqua); I professori Deneffe e van Wetter non ne hanno mai impiegato altrettanto. Il dottor Poinson si è servito di una injezione al sesto (10 grammi di cloralio sopra 50 grammi d'acqua). Qualunque sia la soluzione, tutte le sue osservazioni giungono a questo risultato: che non è mai abbisognato meno di 5 *grammi di cloralio* per produrre l'anestesia, e che da 5 grammi fino a 7 ed 8, si ha una dose sufficiente per indurre l'insensibilità desiderabile nelle operazioni le più importanti. Aggiunge, inoltre, che non devesi operare tosto scomparsa la sensibilità della cornea, ma dopo tre o quattro minuti, mentre la durata dell'insensibilità prolungasi molto.

III. *Tempo necessario per produrre l'anestesia.* — Essendo ammesso che la dose del cloralio necessario per un'anestesia, varia fra 5 ed 8 grammi, si deve injettare 1 grammo per minuto. La durata dell'injezione varierà dunque fra 5 e 8 minuti: questo discende da tutte le osservazioni dell'autore. Se si lascia la cannula soggiornare troppo lungo tempo nel vaso, essa causa la produzione del grumo. La sperienza di Oré sugli animali, non permettono alcun dubbio a questo riguardo.

IV. *Vantaggi delle injezioni intravenose di cloralio.* — 1.° Esse non turbano la respirazione: 2.° determinano una insensibilità di cui la durata varia colla dose; 3.° non producono mai periodi d'eccitamento; 4.° mai esse s'accompagnano a vomiti; 5.° sono sempre seguite da sonno

profondo, calmo, regolare, che, durante 10, 12, 18, 24 ore annichila completamente i seguiti delle operazioni; 6.° non si accompagnano mai di flebite, di grumi, d'ematuria, quando sono convenientemente praticate.

In tutti i casi in cui fu trovato grumi aderenti alle pareti venose con rossore ed ispessimento di queste pareti (Osservazione di Cruveilhier, Tillaux, Lannelongue), si deve cercarne la causa, non nel cloralio, ma nella maniera in cui è stato impiegato, od in una alterazione precedente del sangue.

Riguardo all'ematuria, tale complicazione di cui Vulpian ha intrattenuto l'Accademia di medicina, non è mai stata osservata nell'uomo da alcun chirurgo nè da alcuno sperimentatore.

Cura del cholera colle injezioni sotto-cutanee d'idrato di cloralio. (*Brit. med. Journal*, 1874, 22 agosto, e *Bull. Génér. de Thérap.* dispensa 7.ª 15 ottobre 1874).

Sulla cura del cholera, vedi la *Riv. di Med., di Chir. e di Therapeutica*, Vol. 2.° 1870, pag. 356, 392. — Vol. 3.° 1871, pag. 327, 341. — Vol. 4.° 1872, pag. 79, 473. — Vol. 5.° 1872, pag. 356, 592. — Vol. 6.° 1873, pag. 390, 600. — Vol. 8.° 1874, pag. 197. — Vol. 9.° 1874, pag. 238.

Nel momento in cui medici valenti studiano ad un tempo l'azione curativa dell'idrato di cloralio contro il tetano, e l'azione anestetica dello stesso farmaco in injezione nelle vene, non è fuor di proposito il far conoscere i risultati ottenuti coll'idrato di cloralio nella cura del cholera dai medici pratici esercenti alle Indie. Si comprende infatti qual risultato incommensurabile sarebbesi ottenuto, se si potesse estinguere il fuoco nel luogo stesso della sua nascita.

Comunque sia, è nella *Gazzetta delle Indie* del 14 febbraio ultimo che si legge un lavoro del dott. Higginson, medico civile e Kheri nel regno d'Oudh, ed una lettera del dott. Hall, che vanta l'efficacia di questo modo di cura. Il dott. Hall ricorda che in marzo 1870, nell'*Indian Annals of Medical Science*, egli poneva per principio che, nel periodo di collasso del cholera, aveavi irritazione interna di certi rami nervosi, e che l'impiego dei sedativi era indicato. Questi dovevano essere amministrati col metodo ipodermico, l'assorbimento dei farmaci ingeriti per bocca era troppo debole a questo periodo del morbo. Dietro questo dato, egli amministrò, d'intelligenza col chirurgo-maggiore Collins, l'idrato di cloralio ad un soldato giunto al periodo ultimo del cholera, e lo si vide guarire dopo cinque ore. Ecco d'altronde le indicazioni che dà sul modo d'amministrare il rimedio.

« Io attacco, dic'egli, una grande importanza al grado di forza della soluzione e dò la preferenza alla soluzione al decimo (cloralio, 1 parte; acqua, 10 parti). Troppo forte la soluzione non è assorbita e non induce che delle ulcerazioni e delle suppurazioni.

« Ecco la cura dei tre periodi del cholera. Durante la diarrea premonitoria (ch'è quasi sempre indolente), amministra ogni ora 30 goccie d'acido solforico diluito in un grande bicchiere d'acqua fortemente can-

forata. Se la diarrea non si calma e se sopraggiungono vomiti, faccio una prima injezione sottocutanea. Se non sono chiamato che al periodo algido, injetto 10 grani d'idrato di cloralio in soluzione in 100 goccie d'acqua, in quattro o cinque luoghi differenti secondo che contiene la mia siringa. In generale, questa dose basta; ma se la reazione non si produce nello spazio di un'ora, ricomincio l'operazione. I malati reclamano ordinariamente con premura dell'acqua fredda che si può loro dare a volontà; non la vomiteranno; dal momento che la reazione si produce, i vomiti cessano. Ma non conviene amministrare nè oppio, nè stimolanti.

« Se dopo la reazione sopraggiunge una febbre secondaria, si userà del solfato di chinina a dosi variate, ogni ora od ogni due ore, nello stesso tempo che del latte, del brodo e di blandi stimolanti. »

Il dott. Higginson riferisce di aver curato con questo metodo diecinove casi di cholera e di non avere perduto che due malati; in uno dei due malati la cura è stata mal diretta, nel secondo caso il corso del morbo fu rapidissimo. I diecisette altri malati erano tutti giunti al periodo algido quando la cura fu cominciata. Aggiunge, inoltre, i dettagli seguenti riguardo al modo di procedere:

« Le injezioni saranno fatte sulle braccia e sulle gambe; s'introdurrà arditamente la cannula nello spessore dei muscoli. »

La più grande dose di cloralio impiegato è stata di 16 grani in otto injezioni alla volta, e se dopo un'ora non ha prodotto effetto, si fanno quattro altre injezioni. Ordinariamente il sonno sopraggiunge dopo di due ore. Nessun'altra cura è fatta, tranne di stropicciare le membra ed amministrare un pò d'acqua cotta raffreddata.

Il dott. Higginson spiega così il modo d'azione del farmaco. « L'idrato di cloralio essendo un potente sedativo, calma i nervi irritati ed induce così il rilasciamento dei vasi contratti; il sangue è allora distribuito in modo più regolare ed il polso ricompare al carpo; i crampi ed i dolori crescenti dell'addome si calmano; il sonno si stabilisce, la respirazione diviene regolare, le scariche s'arrestano, la faccia si riempie, e le secrezioni naturali si ristabiliscono.

I bei risultati ottenuti da Higginson e da Hall incoraggiaranno certamente i pratici a tentare la stessa cura nel cholera, contro il quale noi ci troviamo tuttavia troppo sovente disarmati.

Dell'uso dei preparati arsenicali nella cura delle malattie del cuore; del dott. S. Bouyer. (*Mouv. Médic.*, N. 11. 1875).

Dopo alcune riflessioni generali sulle molteplici azioni dei preparati arsenicali nell'organismo umano, accenna l'autore come l'azzardo lo ponesse sulla via di constatare la valida potenza di questo farmaco contro i morbi cardiaci. Il preparato di cui il Bouyer si serve, è il latte arsenicato: composizione farmaceutica complessa, che comprende degli arseniati alcalini, i quali derivano dalla reazione dell'acido arsenioso sui sali del siero di latte; preparazione, d'altronde, che offre il prezioso vantaggio di non irritare il tubo digerente, e di facilitare l'assimilazione

arsenicale. In appoggio di tale azione, riferisce l'autore cinque importanti storie, dalle quali si crede autorizzato di concludere, che l'arsenico esercita due sorta d'azione sulle malattie del cuore: 1.° che calma l'eretismo nervoso e le palpitazioni, per le sue proprietà antinevralgiche, sedative; 2.° che modifica la nutrizione cardiaca pervertita e le alterazioni morbose del sistema fibro-muscolare, per le sue proprietà fondenti e risolutive, fino al punto che cuore e vasi che hanno questo sistema per fondamento anatomico, non tardano, a ricuperare, sotto la sua influenza, le loro funzioni fisiologiche e normali.

Ecco una delle cinque storie riferite dall'autore:

Lefort, di 44 anni, è colpito da un restringimento dell'orificio cardiaco, che data da più anni. Cianosi della faccia, dispnea ed ortopnea, infiltrazione delle membra inferiori con ascite, battito di cuore violento, rumori di soffio al primo tempo che si prolungano nell'aorta. Questo malato ha subìto delle cure, ma senza profitto alcuno.

Al cominciare del p. p. ottobre, lo posi sotto l'uso della polvere di latte arsenicato, un mezzo cucchiaio da zuppa al mattino e la sera, e sette od otto goccie di tintura di digitale. Otto giorni dopo, i sintomi dispnoici si emendano, l'infiltrazione diminuisce, la circolazione si regolarizza, ed il malato che non poteva dormire che assiso sul letto, può coricarsi e gustare un riposo riparatore. La polvere di latte arsenicato aveva prodotto un rimarchevole risultato, tranquillando e regolarizzando le funzioni cardiaco-vascolari. Il malato aveva preso anteriormente, senza esserne sollevato, diverse preparazioni di digitale.

Ma, dopo una ventina di giorni, avendo cessata la cura. gli accidenti primitivi cominciarono a ricomparire, meno il rumore di soffio che fece luogo ad un rumore aspro; i polmoni si sono congestionati ed il malato espettorava sputi sanguinolenti.

Ripresi la cura al cominciare di novembre. Nei primi quindici giorni del mese, nessun miglioramento. L'ascite, al contrario, assume proporzioni spaventose, l'anasarca diviene generale, l'ortopnea ricompare, il malato può appena coricarsi qualche ora sul lato destro, l'appetito è scomparso, li sputi sono sempre sanguinolenti; io temevo una prossima morte.

Sospendo la cura, onde agire specialmente contro lo spandimento sieroso, e prescrivo dell'acquavite allungata, ch'è mal tollerata.

Ricorsi allora all'uso delle pillole idragoghe ad alta dose, per una settimana. L'ascite diminuisce poco a poco quasi della metà, ma il malato è talmente indebolito che sono costretto di sospendere questa cura; i battiti del cuore sono talmente deboli che mi lasciano temere una catastrofe.

Riprendo, verso la fine di novembre, la cura colla polvere di latte arsenicato, ma questa volta alla dose di un mezzo cucchiaio da zuppa, mattina e sera, con cessazione della digitale la di cui azione m'aveva sembrato troppo ipostenizzante.

Un miglioramento sensibile ebbe luogo qualche giorno appresso; l'infiltrazione cellulare e peritoneale diminuisce di giorno in giorno, l'appetito ritorna vivo; i battiti di cuore si rivelano con questa particolarità, che due battiti forti sistolici e diastolici sono seguiti alternativamente da due battiti deboli e dolci, che si possono constatare tanto coll'ascoltazione del cuore come dall'esame del polso. Il malato può dormire sul dorso, per alcune ore e non espettora più sputi sanguinolenti.

Penso allora, onde conciliare meglio il sonno del malato, di fargli prendere oltre il latte arsenicato, verso le dieci ore di sera, un cucchiaio da zuppa di una pozione composta di bromuro di potassio e di cloralio, alla dose di 50 centigr. del primo e 30 centigr. del secondo, per ogni cucchiajo.

Il sonno dura tutta la notte, ed il malato può dormire in tutte le posizioni. Intanto le orine erano divenute copiose e l'infiltramento acquoso era scomparso completamente; l'appetito è vorace, ma la testa è pesante all'indomani. Faccio sospendere la pozione dopo cinque giorni, e non prescrivo che un mezzo cucchiajo da zuppa di polvere arsenicata, mattina e sera.

Questo giorno stesso, 19 dicembre, non constato più, nè coll'ascoltazione del cuore, nè coll'esplorazione del polso, la differenza ritmica dei battiti del cuore segnalata il giorno precedente. I rumori sono uniformi, solo il rumore dei due tempi è raddoppiato, ciò che mi fa temere un'alterazione dell'orificio auricolo-ventricolare. Comunque sia il malato è contentissimo e pieno di speranza; dorme e mangia bene, senza provare alcun sintoma disturbante.

Il 20 dicembre, i rumori del cuore si regolarizzano, sono più eguali, ma i rumori di diastole si raddoppiano ogni cinque o sei pulsazioni.

Il 22, non vi è più raddoppiamento, solo il primo tempo è più aspro. L'appetito ch'era insaziabile, si calma alquanto.

Nell'ultimo giorno di dicembre, il miglioramento generale e locale si accentua sempre più. I rumori del cuore sono regolari, quantunque uno più aspro al primo tempo, meno aspro però che anteriormente, con un leggiero rumore di soffio dolce, di tempo in tempo; ogni quattro o cinque pulsazioni, rumore di soffio quando precedente e quando accompagnante il primo tempo.

Al cominciare e fino alla metà di gennaio, il miglioramento continua progressivamente. Intanto il malato va nei campi e non ne è incomodato. Il 20 gennaio, i battiti, quantunque forti, non sono più aspri e non s'accompagnano di alcun rumore di soffio.

Il bromuro di litio; del dott. Felice Roubaud

Nella seduta del 3 aprile 1875, dell'Accademia di Medicina di Parigi, il dott. Roubaud diede lettura di una memoria intitolata: *Del bromuro di litio*; sale bianco, molto deliquescente e di sapore un pò salato. Fino al 1872 non fu impiegato che nell'industria, ed è appunto a quest'epoca

che l'autore ebbe l'idea di sostituirlo ad una pozione di litina che abitualmente prescriveva.

Quali sono, dice l'autore, le proprietà di questo bromuro di litio? Per arrivare alla soluzione delle diverse questioni procedenti da questa domanda ebbe ricorso alla gentilezza di Federico Wurtz, capo del Laboratorio della farmacia centrale. Le conclusioni delle sperienze di questo dotto chimico sono le seguenti:

1.° La litina possiede un'azione dissolvente dell'acido urico, molto superiore a quella della potassa e specialmente a quella della soda;

2.° Il bromuro di litio neutralizza più rapidamente e più completamente l'acido urico che non il bromuro di potassio e di sodio.

3.° Di tutte le composizioni di litio fino ad ora conosciute, il bromuro per la grande solubilità, è quello che attacca meglio l'acido urico.

Codeste sperienze chimiche sono seguite da osservazioni cliniche, pubblicate da M. E. Lévy, allievo del prof. G. Sée, nella sua tesi inaugurale, il 29 novembre 1874.

Dopo l'azione litontritica del bromuro di litio, Roubaud ne studiò eziandio l'azione sedativa; e dalle diverse sperienze sopra differenti animali, fatte da Lévy, l'autore ne deduce:

1.° Che il bromuro di potassio esercita un'azione sul sistema muscolare, ma che il bromuro di litio non ha alcuna influenza sopra di esso;

2.° Che il bromuro di litio agisce, in generale, in modo più energico e più rapido sulla midolla, sui nervi sensitivi, del bromuro di potassio;

3.° Che la perdita della sensibilità comincia dai nervi per propagarsi, dopo un tempo più o meno lungo, alla midolla e forse all'encefalo.

Vengono successivamente delle osservazioni cliniche le più interessanti, del dott Lévy.

Finalmente, Roubaud, dopo lo studio al quale si è dedicato, crede che sia razionale di concludere:

1.° Che il bromuro di litio sia un farmaco a duplice effetto;

2.° Che posseda ad alto grado le proprietà litontritiche che tutti riconoscono ai sali di litina;

3.° Che colpisce in modo più energico degli altri bromuri la sensibilità riflessa, senza avere sul cuore gli inconvenienti del bromuro di potassio;

4.° Che per conseguenza il luogo nella terapeutica è stabilito al primo rango dei farmaci antilitiaci e dei farmaci sedativi, e che la sua azione è specialmente preziosa negli accidenti della diatesi urica che s'accompagna a fenomeni dolorosi, e nelle nevrosi che sono così spesso complicate dalla presenza dell'acido urico.

Del Kumis.

Abbiamo riferito nel Vol. II, anno VI 1874, pag. 228, un articolo intitolato — *Del Kumis; sue proprietà terapeutiche.* — Ora aggiungiamo i seguenti due cenni bibliografici tolti entrambi dal *Progrès Medical* N.° 5, sopra questo importante farmaco.

I. *Del Kumis e della sua azione terapeutica*; del dott. LANDOWSKI.

Il lavoro del dott. Landowski comincia dalla storia del Kumis, l'origine della quale fa rimontare ai tempi i più remoti, facendo successivamente l'esposizione del modo di prepararlo. I Tartari lo fabbricano col latte delle loro cavalle, mentre che presso di noi è un miscuglio di latte di asina e di vacca; parla successivamente delle sue proprietà fisiche, della sua costituzione chimica ed istologica e spiega i buoni effetti di questo farmaco.

1.° Dall'azione d'una grande quantità di sali identici ai sali del siero del sangue introdotti nell'organismo; 2.° dall'azione delle materie albuminose sui tessuti organici; 3.° dall'azione eminentemente digestiva dell'acido lattico; 4.° dall'azione stimolante dell'alcool e sua influenza sui tessuti adiposi in genere, 5.° dalle proprietà stimolanti dell'acido carbonico sui capillari e sedativa sulla mucosa dello stomaco; 6.° dallo stato di fermentazione permanente del Kumis, che dev'essere considerato come una delle principali cause della sua azione rapida e diretta.

Il Kumis è stato amministrato nei casi di tubercolosi polmonare. Sotto la sua influenza, il sonno riappare, la febbre si calma, il polso diviene ampio e moderato, la tosse diminuisce, gli sputi cambiano di natura, e da muco-purulenti divengono mucosi, l'appetito è più vivo, il peso aumenta. Sopra 100 tubercolosi curati col Kumis, Bagoiawlenski conta 15 guarigioni, 70 miglioramenti notevoli, 10 risultati nulli e 5 morti. Sopra 40 casi osservati dal dott. Landowski nel servizio dei dottori Chauffard, Guéneau de Mussy, Gubler, Desnos, constata 30 buoni effetti con aumento di peso variante da 500 grammi ad 8 chilogrammi.

Nella clorosi e nella cloro-anemia, nella gastrite e dispepsia, l'impiego del Kumis ha dato eccellenti risultati; è stato eziandio impiegato nel diabete e nella albuminuria.

La durata della cura è al minimum di sei settimane; la quantità da prendere varia da 1 a 4 bottiglie al giorno. Le due specie di Kumis impiegato in terapeutica non differiscono che nel grado di fermentazione; quello ch'è fabbricato a Parigi, *Koumys-Edward* N.° 1, contiene 22,530 d'alcool per litro, mentre che il N.° 2 ne contiene 30,130. S'usa di quest'ultimo quando si tratta di complicazioni gastro-intestinali, come i vomiti, la diarrea, ecc.

II. *Studio sull'impiego del Kumis nelle affezioni polmonari*; del dott. DURAND.

Dopo aver offerto 16 osservazioni, delle quali 4 raccolte nel servizio *Brouardel* alla *Charité*, e 12 nel servizio del dott. *Gallard* alla *Pitié*, nelle sue considerazioni sugli effetti terapeutici del Kumis, l'autore trova che alla semplice lettura di tali osservazioni, si deve rimanere meravigliati del miglioramento generale che non tarda a manifestarsi dopo alcuni giorni di cura.

Questo miglioramento generale, egli lo ha sempre constatato, non solo nei malati dei quali riprodusse le osservazioni, ma eziandio presso quelli che potè vedere in altri servizi ove il Kumis viene impiegato. Esso lo considera come il risultato di una serie di fenomeni che si producono quasi costantemente nel corso della cura, ed ecco l'ordine nel quale compaiono più frequentemente:

1.° Miglioramento dell'espettorazione e della tosse; 2.° vomiti sospesi od almeno considerevolmente diminuiti; 3.° miglioramento nel sonno; 4.° aumento della diuresi; 5.° digestione più facile ed aumento d'appetito; 6.° sospensione della febbre e dei sudori; 7.° aumento del polso; 8.° stitichezza.

L'autore accorda all'acido carbonico una parte molto importante per la sua azione sedativa e detersiva sulle vie respiratorie che diminuisce l'espettorazione e la tosse, la dispnea e gli accidenti generali stessi, e per terminare la serie dei fenomeni che si producono nel corso della cura, segnala l'aumento notevole dei globuli rossi del sangue, ciò che gli agevolò di constatare mediante il conta-globuli Malassez.

Non v'è alcun dubbio che tutti questi fenomeni sieno sotto la dipendenza del Kumis, poichè, quando per un motivo qualunque, la cura viene sospesa, i malati non tardano a domandarlo di nuovo, accorgendosi essi stessi dalla riapparizione dei fenomeni morbosi e dell'insufficenza della nutrizione.

Il Kumis può essere considerato come un prezioso farmaco alimentare, modificatore potente e allo stesso grado della nutrizione e dell'apparecchio respiratorio. Per l'alcool: modificatore della disassimilazione; pei principj lattei (albumina, latto-proteina, caseina, lattoso, fosfati, burro): riparatore potente. Per l'acido lattico, l'acido carbonico, l'alcool: eupeptico. Per l'acido carbonico: modificatore felice dell'apparecchio respiratorio.

Le sue indicazioni dipendono eziandio facilmente dalle considerazioni precedenti:

Il Kumis troverà una applicazione fortunata: 1.° In tutte le tisi con disordini gastrici, tosse ed espettorazione difficile, febbri e sudori quotidiani; 2.° In tutte le consunzioni e le cachessie in generale; 3.° In tutti i casi di vomiti, tanto d'origine gastrica, come di tutt'altra origine; 4.° Nella cloro-anemia; 5.° Ovunque, infine, ove l'organismo, profondamente debilitato, reclama una riparazione pronta ed efficace.

Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo nella pleurite; pel dott. Alberto Riva. (*Riv. Clinica di Bologna* N. 1.°, gennaio 1875).

Il prof. Concato esperimentò in questi ultimi anni un nuovo metodo di cura degli essudati pleuritici e loro conseguenze, il quale consiste nella compressione del lato sano del petto. Il principio teorico si ridurrebbe: a restringere il territorio respiratorio del polmone sano per costringere ed espandersi il polmone compresso dallo essudato. L'utilità

pratica sarebbe: che i versamenti si riassorbirebbero più prontamente; le aderenze si formerebbero più difficilmente, e le già formate e recenti si lacererebbero più agevolmente.

Il manuale operatorio consisterebbe: Nello stendere l'ammalato sopra un letto alquanto duro per sè, o meglio reso tale mediante asse imbottito che si pone ove deve appoggiare il lato da comprimere; un infermiere, una persona robusta, appoggia le mani ben distese sul petto da questo lato, evitando, se trattasi di donne, la regione mammaria. Indi lasciando cadere il peso del corpo sulle braccia, esercita una pressione forte che non abbandona più per tutto il tempo stabilito. La durata della compressione dev'essere varia, a norma della tolleranza e degli effetti che se ne ottengono. Nella clinica del Concato, in via generale, si stabilisce di 5 a 6 minuti, due volte al giorno in principio, e si allunga in seguito fino a portarla a 15 e più minuti. In questi casi però è indispensabile dare il cambio alla persona che comprime.

I risultati ottenuti sarebbero splendidissimi. Però, una circostanza favorevole al buon esito della cura, è, che le alterazioni che si vogliono combattere sieno recenti. Inoltre, la pressione del torace praticata durante la febbre non ha dato mai risultati favorevoli, anzi parve aumentasse il processo febbrile. Gli ammalati durante la pressione respirano con molta frequenza, ed accusano spesso un po' di oppressione, il più delle volte leggera e sempre tollerabile.

Il dott. Riva conchiude; « Voglio finalmente far riflettere, che il metodo di cura di cui è parola, non esclude per niente la possibilità di agire contemporaneamente anche con altri sussidi terapeutici; ciò però in clinica non occorse mai di fare. »

Cura delle febbri intermittenti col solfato di chinina associato all'alcool; dol dott. Dorville. (*Tesi di Parigi*, N. 17, 15 gennaio 1875).

L'autore dà conto nel suo lavoro dei fatti che ha osservati nel servizio del dott. Hérard. Mostra come si abbia ogni probabilità di troncare un accesso di febbre intermittente quando al principio del brivido si amministri una soluzione alcoolica di solfato di chinina, e ciò con tanto più vantaggio che non s'impiega che una lieve quantità di farmaco (50 centigr. ad 1 grammo di solfato di chinina in un piccolo bicchiere d'acquavite), e che una volta basta generalmente, non soltanto per scongiurare gli accessi successivi, ma eziandio per far abortire l'accesso presente.

« Riassumendo, ecco i vantaggi che crediamo poter riconoscere, soggiunge il dott. Dorville, in questo modo d'amministrazione del solfato di chinina.

« 1.° L'azione curativa è generalmente pronta; ciò che può essere di grande utilità quando il medico si trova in presenza di un caso di febbre perniciosa.

« 2.° La febbre, una volta troncata, non sembra avere tendenza a riprodursi, come ha luogo sovente quando si amministra il farmaco cogli

altri metodi. Vi sarebbe dunque da questo lato un grande vantaggio, specialmente nelle campagne, ove l'alto prezzo del solfato di chinina può impedire al medico di darne delle dosi sufficienti.

« 3.° Innocuità assoluta, a dose terapeutica, dell'associazione dei due elementi. In nessuno dei casi che riferiamo più lungi, v'ebbero accidenti cerebrali attribuiti al solfato di chinina, nè vomiti, ecc.

« 4.° Finalmente, il sapore non è troppo disaggradevole ed il modo d'amministrazione è facile. »

Acido salicilico quale disinfettante; (*The British Med. Journal*, 20 febbraio 1875).

Quest'acido, che può essere prodotto oggi artificialmente per sintesi, si presenta sotto forma di piccolissimi cristalli leggermente gialli, i quali sono rapidamente solubili nell'alcool, etere ed acqua calda, ma che l'acqua fredda non discioglie.

Se si riscalda fortemente l'acido salicilico, si decompone in acido carbonico ed in acido fenico; ma se lo si riscalda lentamente, si sublima senza decomposizione. I lavori di Kolbe, di Knapp, di Neugebauer, di Thiersch ed altri dimostrano ch'è un potente antisettico; arresta e previene le fermentazioni e la putrefazione, e può essere utilmente impiegato in medicina ed in chirurgia, perchè è di molto superiore, in certi casi, all'acido fenico, di cui non ha nè il cattivo sapore, nè il cattivo odore.

Il prof. Neugebauer fece vedere sperimentalmente come una piccola quantità d'acido salicilico, non soltanto prevenga la fermentazione del vino ed impedisca al medesimo d'intorbidare, ma eziandio impedisca la fermentazione dei funghi nei tini.

Il prof. Kolbe mostrò che un grammo d'acido basta per arrestare la fermentazione prodotta da 5 grammi di lievito di birra sopra 120 grammi di zucchero disciolto in un litro d'acqua. Si può calcolare, dietro ciò, la quantità di questa sostanza che sarebbe necessaria onde impedire la fermentazione della birra, dello sciampagna e dei siroppi destinati all'esportazione. Si potrebbe eziandio impiegare l'acido salicilico contro la decomposizione dell'acqua a bordo delle navi; basterebbe di ricoprire il turacciolo della botte con cotone inzuppato in una soluzione di quest'agente, per ottenere colla filtrazione dell'aria la preservazione desiderata.

Kolbe propone di conservare, coll'acido salicilico, le diverse proviggioni coprendole. Ha potuto ritardare di 36 ore la coagulazione del latte coll'aggiunta di 6,04 per cento di questa sostanza. Può altresì essere impiegato come dentifricio e far scomparire il cattivo odore della bocca senza produrre il menomo accidente.

I professori Thiersch e Fehling lo hanno utilizzato ad usi chirurgici i più serii. Impiegato in bendatura, l'acido salicilico fa scomparire l'odore putrido di certe piaghe senza produrre infiammazione apprezzabile; una soluzione di una parte di acido e tre di solfato di soda, sopra 50 di acqua,

provoca la cicatrizzazione delle superficie granulose. Dopo delle operazioni chirurgiche fu mpiegato con successo, tanto in polvere sopra le piaghe, come in applicazione di una soluzione acquosa d'acido salicilico nella proporzione di 1 su 300. A Lipsia, nel servizio d'ostetricia si servirono di questo disinfettante in iniezioni vaginali o per medicare le ulceri puerperali in luogo dell'acido fenico. La sua solubililità nell'olio permette d'impiegarlo nel metodo di Lister come l'acido carbolico. All'interno, è indicato nelle malattie infeziose; si può facilmente prenderne una dose quotidiana di 1 grammo a 1,25, senza provarne la menoma fatica od il menomo disordine.

Acido salicilico nella difterite; del dott. Wagner. (*Ann. di Chimica*).

Il dott. Wagner, di Friburgo, lo somministra ai bambini, che non sanno ancora gargarizzarsi, alla dose di gram. 0,1, fino a gram. 0,3, ogni due ore, in polvere nell'acqua o nel vino. — Ai bambini più grandi lo dà anche per gargarismo sotto la formola seguente:

Pr. Acido salicilico	gram.	1,5
Sciogli in alcool	»	15,0
Acqua distillata	»	150,0

Se nella soluzione depositassero alcuni cristalli dell'acido, riscaldandola si ridisciolgono.

Ogni due ore farne gargarismo.

Dice l'Autore d'aver guarito, con questo mezzo, 15 casi di difterite gravissima.

Carbolic acid and zymotic disease; (Acido fenico e malattia zimotica); del dott. Giov. Douglas. (*The Lancet*, 30 agosto 1874, pag. 295).

Dalle sperienze che ha istituite, l'Autore crede poter concludere che l'acido fenico non sia altrimenti un antizimotico. Se una goccia di vaccino, dic'egli, non è alterata nè dal soggiorno di 36 ore in un piede cubico di vapore fenicato concentrato, nè dopo essere rimasta mescolata per dieci giorni in un cinquantesimo di acido, è certamente evidente che l'azione distruttiva dell'acido fenico sul virus del vaiuolo ed altri veleni zimotici, dev'essere nulla, imperciocchè le esperienze possono aver luogo in condizioni di rigore che la pratica ordinaria non permette di raggiungere. Realmente, quest'acido è un buonissimo antisettico, ma l'azione antizimotica è tutt'altra cosa. Antisetticismo è sinonimo di preservazione, non di distruzione. Come lo prova l'integrità fisica e fisiologica del fluido vaccinico sottoposto all'acido fenico, questo lungi d'abolire le proprietà del corpo che protegge contro l'azione setica, le conserva, o tutt'al più, le lascia intatte, per modo, che in luogo di distruggere i contagi, ne prolunga piuttosto l'esistenza. Ora, in confronto dei veleni zimotici, è di agenti distruttivi che fa d'uopo, e questi agenti, secondo le esperienze dell'Autore, sono principalmente gli acidi minerali.

Terapeutica dei neonati per mezzo del latte delle loro nutrici; del dottore Lewald. (*Gazz. Med. Ital.* Lombardia).

I farmaci dall'Autore esaminati sotto il punto di vista della loro eli-

minazione per il latte, sono: il ferro, il bismuto, l'iodio e i suoi composti, l'arsenico, il piombo, lo zinco, l'antimonio, il mercurio, l'alcool e qualche narcotico.

Per tali esperienze scelse le capre, il cui latte era metodicamente esaminato dopo l'ingestione di alcune sostanze medicamentose propinate a questi animali a dosi stabilite.

Le principali conclusioni di queste esperienze sono:

1.° Che si può amministrare al lattante una maggior quantità di ferro per mezzo del latte materno, di quello che in qualsivoglia altro modo.

2.° Il bismuto trovasi egualmente nel latte dopo la sua ingestione, ed eliminasi con esso, ma in proporzioni tenuissime.

3.° L'iodio non apparisce nel latte che 96 ore dopo la sua ingestione. Dopo l'uso continuato dell'ioduro di potassio alla dose di grammi 2,50 al giorno, esso compare nel latte 4 ore dopo la sua ingestione, e continua a rinvenirsi per 11 giorni.

4.° L'arsenico rinviensi nel latte dopo 17 ore, e la sua eliminazione è completa in 60 ore.

5.° L'ossido di zinco, quantunque sia una delle preparazioni le più insolubili, eliminasi ciò nonostante per il latte, ed è probabile che tutti i suoi altri composti seguano la stessa via. Un grammo di ossido di zinco rinviensi nel latte dopo 4 a 8 ore. Sparisce altrettanto sollecitamente del ferro, cosicchè dopo 50 o 60 ore non si trova più nella secrezione mammaria.

6.° Anche l'eliminazione dell'antimonio è un fatto incontestabile, per cui si dovrà aver riguardo agli effetti ch'esso può produrre nel lattante. Lo stesso dicasi delle preparazioni mercuriali.

7.° Non è dimostrato che l'alcool e i narcotici seguano la via del latte, abbandonando l'organismo.

8.° Il solfato di chinina passa benissimo nel latte, cosicchè si può guarire il bambino dalla febbre intermittente amministrando il febbrifugo alla balia.

Il nitrito d'amile contro la cardialgia; del dott. Fraeckel. (*Deutsches Arch. p. Clin. med.* 1874 XIV p. 149-153, e *mov. med.* N 34-35, 1874.

L'Autore raccomanda molto il nitrito d'amile contro la cardialgia. In tutti i casi dall'Autore curati con questo mezzo e che non erano complicati da ulcere dello stomaco, bastò l'inalazione di qualche goccia del farmaco per ottenere un effetto sorprendente, in quanto che i dolori dopo qualche ora cessarono. Talvolta però, dopo circa mezz'ora o più, ritornarono, ma più deboli, e sempre sparirono riadoperando il farmaco. Lo stesso effetto ebbe, da questa terapia, nelle nevralgie che accompagnano la mestruazione. Riferisce in proposito 6 storie cliniche, una delle quali riguarda un'inferma affetta da avvelenamento saturnino cronico. In ultimo, in un caso di così detto tetano reumatico, gli attacchi cessarono dopo che si fecero inalare 2 goccie di nitrito d'amile tre volte al giorno.

Il bromo nella cura del carcinoma dell'utero; del dott. HENNEBERG.

L' Autore in una sua dissertazione inaugurale pubblicata ad Erlangen, 1874, espone le sue sperienze ralative alla cura del carcinoma del collo dell'utero con una soluzione alcoolica di bromo. In 6 casi del morbo indicato, riconobbe indubbiamente utile la soluzione alcoolica di bromo (nella proporzione di 1 di bromo e 5 di alcool) adoperata tanto sulla superficie sanguinante del collo uterino dal quale si era estirpato il tumore, quanto direttamente in forma d'injezioni parenchimatose, e bagnandone un tampone sul tumore applicato. Ha inoltre sperimentato, sotto la direzione di Strich, l'azione del bromo sulle neoformazioni cancerose estirpate, e riferisce fra gli altri di uno scirro, del quale alcune parti vennero messe in una soluzione di bromo e lasciatevi 2 volte per 24 ore; tolte le parti stesse del tumore, presentarono tratti di connettivo con alcune cellule fusiformi molto splendenti. Delle parti di carcinoma allo stesso modo trattate, presentarono gli elementi dei tumori distrutti, e le masse carcinomatose potevano vedersi scomparire in tutta la loro estensione.

Storia di un caso di occlusione intestinale guarita coll'elettricità; del dott. DAL MONTE CARLO. (*Mov. med.* N. 1, 1875).

In un caso di occlusione intestinale sopravvenuta in una lavandaja a 54 anni, probabilmente in seguito ad errori dietetici, il Dal Monte ottenne la guarigione completa a mezzo dell'elettricità. E bisogna notare che i fenomeni dell'occlusione duravano da 15 giorni, e si erano adoperati clisteri e soluzioni purgative per la via dello stomaco senza effetto alcuno. L'Autore adoperò l'apparecchio magneto-elettrico, introducendo un polo ad uliva nel retto e trascorrendo coll'altro a placca umida sull'addome. Alla prima applicazione, della durata di 10 minuti, seguì abbondante emissione di gas, ed alla seconda di 15 minuti, praticata il giorno seguente, seguì prima emissione di gas e poscia di sostanze fecali abbondanti.

L'acido fenico nella pustola maligna; del dott. KLINGELHOEFFER. (*Berliner Klin. Wochenschr* N. 44 novembre 1874).

L'Autore ha trattato in tre casi la pustola maligna con acido fenico e con favorevole risultato. Dell'acido fenico cristallizzato liquefatto col calore veniva applicato sulla pustola in modo da causticare il più profondamente possibile, e giorno e notte faceva mantenere sulla parte una compressa bagnata in una concentrata soluzione dell'acido stesso in acqua ed olio (1 parte di acido in 8 di acqua ed olio di lino); ed inoltre, ogni ora faceva prendere all'infermo un cucchiaio da zuppa di una soluzione di acido fenico fatta da 60 centig. dello stesso in 180 grammi d' acqua. Nota l'Autore inoltre, che nei casi da lui osservati non si verificò contagio, non ostante che vi fossero state le condizioni opportune perchè si fosse verificato nelle persone di famiglia dei singoli malati.

Del nitrito d'amile contro gli effetti del cloroformio; del dott. SCÜLLER. (*Gazz delle cliniche*, marzo 1875).

L'Autore riferisce che il nitrito d'amile arresta rapidamente gli ef-

fetti del cloroformio, risuscitando per così dire, gli animali completamente narcotizzati da questo medicamento; è ciò perchè il nitrito d'amile arresta la soffocazione, provoca il ritorno ad una respirazione normale, rende al polso il suo vigore, e ristabilisce, pressochè istantaneamente, una eccitabilità riflessa. La sezione del pneumogastrico, in tali casi, dice egli, non ha alcuna influenza. La conoscenza dell'antagonismo di questi due agenti (cloroformio e nitrito d'amile) è certamente una bella conquista per la pratica, e non sarà pure di lieve interesse la constatazione dei risultati opposti che si ottengono coll'amile e coll'ergotina.

Dell'azione del nitrito d'amile sui corpuscoli del sangue, e sulla temperstura del corpo durante l'inalazione di questa sostanza; del dottore Aug. Ladendorf. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, N. 43).

L'articolo del dott. Ladendorf indirizzato al giornale dell'asilo Sachsemberg degli alienati ove le sue osservazioni abbracciava più di quaranta casi, fatte, parte su persone sane, parte su convalescenti. Il momento scelto è da 3 a 5 ore dopo mezzodì o 8 ore di sera, evitando così il momento in cui una elevazione normale di temperatura può aver luogo. Il termometro è collocato nella bocca fra la guancia e la mascella superiore onde evitare la corrente della respirazione nasale arrestata dalla lingua. Le graduazioni del termometro sono osservate mediante una lente che ingrandisce sei volte, per modo che impiegando un termometro diviso in 10°, è possibile di riconoscere, senza correr rischio di sbagliare, un centesimo di grado centigrado eguale circa a cinquantacinquesimo d'un grado Farenheit.

Il risultato generale è, che la temperatura s'accresce sempre dopo la inalazione. Il grado di calore dipende da molte circostanze, come: la quantità di vapore inalato, l'atmosfera circondante la contrazione dei vasi sanguigni, le particolarità individuali, ecc., d modochè due individui presentanti al principio la stessa temperatura, possono differire durante l'operazione di 0,53 centigradi = 0,95 farenheit.

È inoltre interessante, che una tale elevazione di temperatura dura da 1 ora a 2, poichè ciò spiega gli effetti continui benefici del rimedio sul malato.

Fu stabilita una tavola di 36 casi che danno le differenze della temperatura, il massimo ottenuto ed i rimarchi fatti.

Il minimo di temperatura osservata è di 0,1 centigrado, eguale a 0,2 Farenh. (in 3 casi), il massimo 1,88 centigradi eguale a 3,38 Farenh. (in un caso), la media è di 0,09 centigradi, eguale a 0,7 Farenh. (36 casi. In una parola, la temperatura aumenta di più di un mezzo grado Farenheit dopo inalazione del nitrito d'amile. Questo aumento è sensibilissimo nel secondo minuto dell'inalazione. Più il preparato è puro, più l'elevazione è sensibile; l'effetto prodotto sulle pupille non è uniforme.

Tutte le volte che delle sperienze simultanee sono state fatte, la temperatura ascellare si è elevata in modo eguale.

Orazio Wood (*Giornale Americano delle scienze mediche* CXXIII e Pick). (*Ueber das Amylintrit und seine therapeuthiche Anwendung Vesuch* 13) hanno osservato una diminuzione di temperatura negli animali, ma ciò risulta forse dal modo dell'esperimento. Il numero di pulsazioni riferite da Hostumann (Wiener med. Wochenschrift 1872 numeri 46, 47, 48), è confermato da queste sperienze. Tali effetti riconoscono probabilmente una causa comune, la dilatazione incompleta dei vasi.

Ladendorf ed il dott. O. F. B. Wolf hanno sperimentato col microscopio l'azione del nitrito d' amile sul sangue; una goccia di sangue fu collocata sotto l'obbiettivo, e posta in contatto con una piccola scheggia di legno umettata di nitrito d'amile. Subito dopo che la scheggia fu ad un millimetro e mezzo o due distante dalla goccia di sangue, si produsse una viva agitazione dei corpuscoli sanguigni, allontanandosi dall'estremità della scheggia di legno e ravvicinandosene, quantunque meno rapidamente, descrivendo una linea curva ed affrettandosi follemente (sic), per ricominciare lo stesso giuoco; eguali sperienze simultaneamente fatte con corpi differenti diedero i medesimi risultati.

Il contatto diretto del nitrito d' amile produce una dissoluzione dei corpuscoli sanguigni, e loro dà una tinta di lacca; il vapore li rende dapprima solidi, indi finisce per disciogliérli.

Ladendorf attribuisce l'effetto del nitrito d'amile alla sua azione sui corpuscoli sanguigni, causando una pressione retrograda sul sistema arterioso polmonare e determinando, come conseguenza naturale, una congestione venosa. Raccomanda l' inalazione del nitrito d' amile contro i mali di testa anemici e gli accidenti epilettiformi, producentisi con una temperatura subnormale; in uno di questi casi, l'accesso fu minorato di due terzi. Esso conferma parimente l'azione di Pick (fatta anche da altri), che gli oggetti sembrano gialli dopo l'inalazione, e consiglia di proteggere le labbra e le narici dal contatto diretto, che può indurre una vescicazione.

Sui danni delle applicazioni della tintura di arnica. (*Boston med. journ. e The Clinic.*, febbraio 1875).

La tintura d'arnica è di un uso comune per le applicazioni cutanee, nei casi di distorsioni o di contusioni. Queste applicazioni non sono però scevre da inconvenienti, e Fox ha già fatto conoscere come esse possano determinare gonfiori ed eritemi nelle parti sulle quali vengono praticate. Questa azione irritante può essere causa perfino di eczemi estesi, di frequente, ribelli ai mezzi impiegati per combatterli.

Quando la tintura di arnica si adoperi a dose omeopatica o molto diluita nell'acqua, è raro che produca gli inconvenienti suaccennati, ma le eruzioni segnalate da Fox sono realmente a temersi se il farmaco sia in dose più concentrata, e se le applicazioni o lozioni si continuino per un certo tempo. È bene che i pratici ne siano avvertiti.

In conferma di ciò il *Lyon Médical*, marzo 1875, riferisce, che trovasi attualmente in cura un eczema esteso e grave ad un gamba, sus-

seguito ad applicazioni di tintura di arnica, in ammalato che ne aveva fatto uso per un accidente da poco.

La redazione della *Gazz. delle Cliniche*, invece, da cui togliamo questo articolo, crede che codesti inconvenienti siano alquanto esagerati, e che l'uso interno ed esterno dell'arnica razionalmente prescritta, possa tornare di vantaggio in parecchie forme morbose.

Osservazioni sull'acido fenico quale antiflogistico; del dott. HAGEN. (*Gazz. delle cliniche, marzo* 1875).

Hagen raccomanda le injezioni di acido fenico alla Hüeter (Vedi il notevole articolo del dott. Hüeter — *Le injezioni parenchimatose d'acido carbolico quale mezzo antiflogistico* — nella Riv. di Med. di Chirurgia e di Terapia, Anno VI. Vol. 1. pag. 476) coll'appoggio di proprie esperienze favorevoli. Nei casi pubblicati trattavasi una volta di suppurazione del rene sinistro, e del passaggio della infiammazione dal muscolo obliquo, alla pleura ed ai polmoni. Le injezioni con una soluzione di acido fenico al 2 per 0[0 presso alla medesima costola, produssero un essenziale alleviamento, ed in capo a due giorni sparirono la febbre ed i fatti flogistici nei dintorni del focolajo purulento. L'Autore raccomanda inoltre queste injezioni vicino alla cartilagine cricoidea, in tutte le affezioni semplici e crupose della laringe e delle fauci dei bambini. L'Autore assevera di aver avuto buoni risultati anco nella pneumonite cruposa. I dolori pleuritici sarebbero del tutto vinti dalle injezioni, la febbre moderata, ed il corso reso assai più mite.

Iniezione d'acqua calda per arrestare l'emorragia uterina; del dottor WINDELBAND. (*Echo de la presse méd.*).

L'Autore scrive, che la sua attenzione è stata richiamata dalla lettura di un articolo di un pratico americano, sull'effetto delle injezioni di acqua calda per arrestare le emorragie dell'utero. In un caso d'aborto con emorragia allarmante, che non potè essere arrestata dalla segale cornuta nè dalle injezioni d'acqua fredda, Windelband injettò dell'acqua a circa 100° Fahrenheit (55,5 centigr.); in brevissimo tempo o meglio anzi allo stesso momento dell'entrata del liquido, vi ebbe una contrazione così energica dell'utero che l'ovulo, che poteva appena essere sentito all'entrata dell'utero, fu espulso dall'utero colle sue membrane nello spazio di un quarto d'ora. Per alcuni giorni ripetè le iniezioni quando eravi a temere una emorragia, e dopo ciò le continuò ad una temperatura tiepida fino a che l'utero fn ritornato allo stato suo normale. Dice l'Autore che ha impiegato le injezioni d'acqua calda coi migliori risultati in un numero di casi che aveva avuto nella sua pratica nell'ultimo anno, compresi 21 casi d'aborto, due casi d'emorragia sierosa proveniente dalla placenta, dei casi di emorragia accompagnante tumori fibrosi od altri, dei casi di carcinoma, d'emorragia dopo il *post partum* o mestrui abbondanti, ecc. È convinto che l'acqua calda eserciti un'azione molto più energica sulla struttura muscolare dell'utero, dell'acqua fredda, sia sola sia con farmaci astringenti in soluzione. Egli pratica le injezioni con

una doccia uterina ordinaria, l'acqua essendo ad una temperatura tra i 95 e 100 Fahrenheit (53,5 a 55,5 centigr.), e non ebbe mai alcun risultato dispiacente.

Cura delle piaghe atoniche e delle ulcerazioni croniche col solfuro di carbonio; del dott. GUILLAUMENT. (*Morgagni*).

Questa memoria si fonda su di un certo numero di osservazioni raccolte nella sala del dott. Costilhes. Ve ne sono citate alcune, scelte fra i casi d'ulcerazione più ribelli ad ogni sorta di trattamento, e che furono tutte molto felicemente modificate pel solfuro di carbonio. Ecco le conclusioni di questo lavoro:

1.° Il sofuro di carbonio è un cicatrizzante potentissimo;

2.° La sua azione è *limitata e rapida*; è tutta locale e non determina alcuno degli accidenti che tengon dietro all'inalazione prolungata dei suoi vapori.

3.° La sua applicazione è accompagnata da un dolore talvolta assai vivo, ma di brevissima durata, immediatamente seguita da un periodo anestetico che dura parecchie ore, mentre che il periodo doloroso non oltrepassa il più spesso venti o sessanta secondi;

4.° Il solfuro opera sulle piaghe d'origine e di natura differente (sifilide, scrofola, difterite, ecc.), e le modifica tutte vantaggiosamente;

5.° È un agente prezioso per la cura delle piaghe o alterazioni che presentano dei caratteri comuni (cronicità, atonia).

Guillaument insiste molto sul modo d'adoperarlo a causa dell'estrema volatilità e del suo odore nauseabondo. Ecco in che esso consiste:

La boccetta che contiene il solfuro di carbonio puro, è tenuta vicinissima alla piaga; s'imbreve di liquido un pennello di filaccia, spremendo sugli orli della boccetta l'eccesso del farmaco, poi si fa scorrere il pennello, leggermente e rapidamente, in tutta la superficie della piaga, che si ricopre immediatamente di polvere di sottonitrato di bismuto. Si procede nel medesimo modo per tutte le piaghe, compresovi le ulcerazioni del collo dell'utero, che non sono le meno debitrici a questo nuovo agente. La polvere di bismuto opera come isolante e come strato protettore contro l'evaporazione troppo rapida del farmaco, aumentata dal calore del corpo.

Del solfuro di carbonio nel trattamento esterno delle ulcerazioni croniche; del dott. MICHEL. (*Morgagni*)

L'Autore, medico ispettore di Cauterets, rende conto dei saggi ch'egli ha tentati col solfuro di carbonio, nella sala di Boys de Loury, allorchè era interno nel 1867-68 a Saint-Lazare; i risultati ottenuti sono stati dei più vantaggiosi; ecco come si serve di questa sostanza:

Il solfuro di carbonio s'adopera come i caustici liquidi. Basta, per ottenere l'effetto che se ne promette, di toccare il tessuto ulcerato con l'ajuto di un pennello di filaccia impregnato del liquido, come si fa per la maggior parte degli acidi. La frequenza della medicatura dipende dal grado di cronicità dell'ulcerazione: una ulcerazione molto inveterata e

senza vitalità, esige le umettazioni quotidiane; le applicazioni più rare, fatte ad ogni due o tre giorni soltanto, bastano per una ulcerazione recente e più viva.

Il solfuro di carbonio non è un caustico; dal suo contatto, anche sulle mucose, non si produce alcuna escara. Non provoca alcun cangiamento di colore, se non quello che proviene dal suo uso continuo e che caratterizza la riparazione. Il dolore che produce è vivo, ma per così dire istantaneo, e mentre che la sofferenza consecutiva ad una cauterizzazione un po' estesa con nitrato acido di mercurio, per esempio, si avverte sovente per parecchie ore, è raro che il dolore dovuto al solfuro di carbonio non si sia del tutto dissipato fra alcuni minuti. Questo dolore, molto intenso nella prima applicazione, lo è meno alla seconda, e si va indebolendo sempre più a misura che l'uso della medicazione si prolunga, e che il lavorio cicatriziale si pronuncia maggiormente. Io non ho mai avuto ad osservare il minimo accidente che potesse essere attribuito all'assorbimento per impregnazione del solfuro di carbonio, il quale, come la maggior parte di sostanze vitabili, penetra profondamente ma si evapora prestissimo. Io debbo dire d'altra parte, soggiunge Michel, che ho sempre operato su punti relativamente limitati, e che, per esempio, non ho mai osato, nella cura della vaginite, toccare ad un tempo tutta la mucosa vaginale.

Della cura del tetano traumatico coll' idrato di cloralio; del dottor A. Gontier. (*Tesi di Parigi*, dicembre 1874).

L'autore ha riunito nel suo lavoro dodici osservazioni di tetano curato col cloralio, e si giunge, dopo di averle analizzate, alle conclusioni seguenti:

1.° Il cloralio può rendere grandi servigi nella cura del tetano cronico e subacuto; ed è generalmente preferibile agli altri farmaci;

2.° È completamente inefficace nel tetano acuto e non ha che una debole azione palliativa;

3.° Si può vantaggiosamente associargli altri farmaci (tonici, stimolanti, diffusivi, diaforetici):

4.° Le injezioni intravenose di cloralio presentano grandi pericoli, e devono essere, nello stato attuale della scienza, riservate in casi eccezionali.

Il cloroformio nella chirurgia dei bambini; del dott. Alb. Bergeron. (*Tesi di Parigi*, 30 dicembre 1874).

Ecco le conclusioni dell' autore.

1.° Il cloroformio che, a dosi moderate, con intelligenza e prudenza amministrato, non è un agente tossico, può nulla di meno causare la morte nell' adulto;

2.° Nel bambino è dotato d' una innocuità quasi assoluta.

3.° Tale innocuità è dovuta alla natura stessa dei fenomeni funzionali che il bambino deve compiere, e principalmente a ciò ch'esso non ha ancora raggiunto l' età della ragione, non ha alcuna emozione morale a risen-

tire, non prova alcuna apprensione dei pericoli ai quali può essere esposto e non si trova quindi soggetto a quella sospensione della respirazione che suole essere determinata da un grande terrore, da una estrema emozione, e che noi abbiamo fatto, in via d'esclusione, la causa la più importante delle morti improvvise avvenute nell'amministrazione del cloformio.

4.° Il cloroformio può essere amministrato al bambino fin dai primi giorni della sua nascita.

5.° Deve essere dato per risparmiare il dolore procacciato da una operazione chirurgica; e quindi ogni volta che si possono temere movimenti bruschi, contrazioni muscolari che possono impedire al chirurgo di condurre a buon esito la sua operazione e di riunire tutti gli elementi della diagnosi.

Cura nella pneumonite e della bronchite coll'acido fenico; del dottor Henry Greenway (di Plymouth). (*The Britisch Medical Journal*, 18 luglio 1874, e *Bull. Général de Thérap.* 15 novembre 1874).

L'autore pubblicò alcune osservazioni sulla cura della sifilide costituzionale coll'acido fenico. In alcuni malati colpiti contemporaneamente da bronchite, quest'ultima affezione, nella più parte dei casi, migliora immediatamente sotto l'influenza della cura destinata ad agire contro la sifilide. Il dott. Greenway curò allora parecchi casi di pneumonite nello stesso modo.

Il primo caso era giunto ad un periodo avanzato e sembrava disperato; erano stati perduti molti giorni impiegando, senza risultati, la cura ordinaria, perciò l'autore rimase sorpreso di vedere la piega favorevole che prese l'affezione nelle ventiquattro ore che seguirono il cangiamento del trattamento. Da allora in poi, egli riguarda la pozione fenicata come un'*àncora di sicurezza* nella cura della pneumonite e della bronchite senza complicazione nei malati di tutte le età, e non è che raramente che ha dovuto aver ricorso ad altre cure.

La formola seguente è quella che impiega nell'adulto:

Pr. Glicerina fenicata	gram.	8
Estratto d'oppio liquido	goccie	30
Acqua di canfora	gram.	200

M. Un cucchiaio da zuppa in tre d'acqua ogni 4 o 6 ore.

È d'uopo aver cura di non impiegare che il migliore acido fenico medicinale. Pei vecchi molto indeboliti, si aggiungono 12 grammi di tintura composta di china china alla formola precedente. C'è appena bisogno d'aggiungere, che non devesi ommettere l'uso dei revulsivi esterni.

Modificazione delle orine sotto l'influenza dell'acqua carica di protossido d'azoto o acqua ossiazotata; del prof. Ritter.

Trovasi nel *Bulletin de l'Académie de médec.* de Paris, del 26 gennaio 1875, la presentazione fatta dal prof. G. Sée, di un opuscolo del dotto

prof. di Nancy, il dott. Ritter, intitolato: *Delle manifestazioni delle orine sotto l'influenza dell'acqua carica di protossido d'azoto od acqua ossiazotata.*

Il deposito sul *bureau* dell'Accademia è stato accompagnato d'osservazioni personali dal presentatore, che ha sperimentato questo prodotto dietro i consigli del dott. Axenfed, di Parigi, e Schutzemberger, di Strasburgo. Risulta da tali osservazioni che, in tutti i casi di renella urica, i clinici sono arrivati ai medesimi risultati dei fisiologi, cioè: *aumento della quantità delle orine*; *aumento della proporzione d'urea*; *espulsione dell'acido urico, e diminuzione dell'intensità dei dolori d'origine gottosa.*

Il modo d'amministrazione è il seguente: Due o tre bicchieri al giorno, per tre settimane od un mese. Riposo per otto giorni, dopo i quali si ricomincia una cura della stessa durata, se v'è bisogno, e fino ad espulsione completa dell'acido urico.

L'opuscolo di Ritter (1) ed il *Bulletin de l'Academie* saranno consultati con frutto da tutte le persone a cui interessa una tale questione. Esse vi troveranno dei dettagli che abbiamo dovuto restringere forzatamente. Noi avevamo in animo soltanto di segnalare un punto di terapeutica curioso e nuovo, sul quale la fisiologia e l'osservazione clinica vanno d'accordo.

Mezzo semplice e rapido per far scomparire gli ingorghi lattei precursori degli ascessi della mammella; del dott. A. C. (*Tribune médicale*, febbraio 1875).

Questo mezzo consiste nel fare, colla mano, delle frizioni prolungate in tutti i sensi e degli stropicciamenti sulla parte indurita, esercitando una pressione moderata, che varia secondo il grado di sensibilità e secondo il grado di resistenza. Nelle dodici prime ore, basta di cinque a dieci minuti per fare scomparire un induramento della grossezza di un piccolo ovo di gallina. Più tardi l'ingorgo resiste maggiormente. Fanno d'uopo molte sedute di dieci minuti d'intervallo, e le frizioni sono più dolorose e devono essere più energiche. Impiegato più tardi questo mezzo fallisce ordinariamente.

Durante tali manipolazioni, scola quasi sempre del latte denso (specialmente negli ingorghi del secondo e del terzo giorno), giallastro, talvolta un po' grigiastro, indi meno denso ed infine del latte naturale quando la glandola è presso a poco ammorbidita.

Il dott. A. C. pretende di essere sempre riuscito, mediante questo mezzo, di far scomparire istantaneamente un ingorgo, tutte le volte che ha potuto impiegarlo nel principio.

Contro li stroppicciamenti reiterati consigliati dal redattore della *Tribune médicale*, gli ostetrici inglesi, Bathurst, Woodman, Barnes, Brax-

(1) Chez Leclerc, libr., 14, rue de l'École-le-médecine.

ton, Murray, ecc., consigliano, onde prevenire gli ascessi mammari, d'evitare ogni frizione e manipolazione violenta, e di assicurare, innanzi tutto, il riposo dell'organo malato. Il dott. Matthews, allo scopo di rendere le frizioni ed ogni altro intervento impossibile, applica un largo empiastro a base di piombo (esteso sopra una pelle) sulla mammella, nei casi ove è necessario di sbarazzarla dal latte nello stesso tempo.

Altri membri della Società ostetrica di Londra, mentre adottano di mantenere la mammella nel riposo il più perfetto, consigliano, inoltre, d'agire sull'intestino, e di usare di una grande moderazione nell'alimentazione (dott. Edis). Astenersi totalmente dai liquidi, e l'amministrazione della tintura d'aconito a dosi rifrate, costituiscono pel dottor Ashburton Thompson due modi di cura efficace. Il ghiaccio è dato in piccola quantità più volte di seguito, onde far sopportare alla paziente la privazione del liquido.

Il migliore mezzo d'assicurare il riposo dell'organo e di esercitare una lieve compressione, se la si giudica utile, è quello consigliato dal dott. Matthews. Questo ostetrico applica due fazzoletti larghi, uno passante attorno al collo e disotto della mammella, l'altro in senso inverso al disopra della mammella e attorno del corpo, in modo che la mammella sia collocata fra essi. L'interposizione di un largo strato di ovatta rende la compressione più dolce ed intrattiene attorno dell'organo un calore dolce ed uniforme (*Archives de tocologie*, marzo 1875).

Produzione artificiale d'ozono; del dott. Lender. (*Arch. di Med. Chir. e Igiene, e The Doctor*, ottobre 1874).

L'autore propone il mezzo seguente per produrre economicamente dell'ozono e disinfettare gli appartamenti. Si fa un miscuglio d'acido ossalico e di protossido di manganese o di permanganato di potassa, indi si bagnano due cucchiajate circa di questa polvere con due volte il suo volume di acqua. Si sviluppa allora abbondante quantità d'ozono, e basta umettare con poca acqua questo preparato ogni due ore per mantenere la reazione. Sotto l'influenza di tale sviluppo d'ozono, tutti i metalli contenuti nella camera si ossidano rapidamente, tranne però l'oro e l'argento.

Purgante aggradevole. (Il *Monde pharmaceutique*).

Addita un mezzo d'amministrare l'olio di ricino che, certo, sarà più aggradito a buon numero di malati, e che ha il vantaggio di mascherarne interamente il sapore, fino al punto di farne quasi una bibita aggradevole.

Si prende un arancio, e lo si divide in due parti; si spreme in una tazza il succo di una metà, indi vi si versa sopra l'olio di ricino; si spreme successivamente il succo dell'altra metà dell'arancio al disopra dell'olio, avendo cura che non ne avvenga il miscuglio. L'olio si trova così rinchiuso fra due strati di succo d'arancio, e, bevendo il tutto con precauzione, è impossibile di sentirne il cattivo gusto.

VAJUOLO E VACCINAZIONE

Rivista del dott. FELICE DELL'ACQUA

I. *La vaccinazione.* Consigli e Norme della Commissione centrale vaccinica di Ancona. — Redattore G. Orsi. — Ancona 1872. — Opuscolo di pag. 16.

II. *Il vajuolo e la vaccinazione nella Provincia di Ancona, 1871-72.* Relazione del conte cav. Gerolamo Orsi. — Ancona 1873. — Opuscolo in-8., pag. 103 con tav.

III. *La vaccinazione ed il vajuolo nella Prov. di Ancona, 1873.* Dello stesso. — Ancona 1874. — Opusc. in-8., pag. 39.

IV. *La discussione sulla vaccinazione animale fatta presso la R. Accademia di medicina di Torino nel 1871, e le esperienze comparative sul vaccino animale e sull'umanizzato praticate nel triennio 1871-73 da apposita Commissione torinese.* Appunti del dott. Giovanni Nolli. — Opusc. in-8. di pag. 28. « Gazzetta medica. Lombardia » 1874.

V. *L'epidemia di vajuolo in Roma dal 1.° gennajo 1871 al 30 giugno 1873 e le pubbliche vaccinazioni nella stessa città durante il venticinquennio 1848-72.* — Resoconto statistico redatto per l'Ufficio municipale di sanità dal prof. Davide Toscani. — Roma, vol. in-8. gr. di pag. 111 con gran tavola litografica.

VI. *Il vajuolo e la vaccinazione. Ai medici ed alle famiglie.* Lettera del dott. cav. Girolamo Orsi al prof. cav. Giovanni Brugnoli. — Opuscolo di pag. 22. — Bologna 1875.

VII. *Dell'importanza di rinnovare il germe delle vaccinazioni in Italia.* Lettera dello stesso al Consiglio superiore di sanità del Regno, — Opusc. di pag. 24. — Ancona 1875.

VIII. *Dell'uso dello zafferano nel vajuolo.* Proposta ragionata del dott. Giovanni Franchini. — Opusc. di pag. 15. — Dalla « Gazz. medica, Prov. Venete ». Padova 1875.

IX. *Resoconto quinqüennale del Comitato ligure di vaccinazione*, redatto dal dott. Domenico Bomba. — Dalla « Liguria medica. » — Opusc. di pag. 79. — Genova 1875.

I. — I Consigli e le Norme sulla vaccinazione furono redatti dal chiarissimo dott. Orsi di Ancona, a nome del Comitato Medico Anconitano, alloraquando infieriva il vaiuolo in quella plaga d'Italia, e lo scrittore vi ha posto amore e scienza con quel sapore e quelle opportunità che tutti

riconoscono ed ammirano nelle sue pubblicazioni, che sono sempre mosse dal sentimento del dovere (dobbiamo ammetterlo), sempre obbedienti all'impulso che vi dà l'amore del simile, ed hanno a fine il bene del pubblico.

Sono poche pagine dettate in modo semplice, chiaro, aforistico, che ricordano fino ad un certo punto pagine consimili dettate dal Fonssagrives, per una analoga occasione, nel 1871, indirizzate alle madri di famiglia.

Sono 58 articoletti che possono intendere medici e non medici e sono dedicati in parte alle *famiglie*, in parte ai *vaccinatori* ed altri ai *Comuni*.

Alle *famiglie* si rendono note l'importanza ed i modi a preservarsi dell'arabo flagello — ai *vaccinatori* si rammentano le principali cautele nella scelta dei vacciniferi e del virus da inocularsi, nello attendere alle trasmissioni — ai *Comuni* si pongono sott'occhi i tutelandi interessi delle popolazioni di fronte al vaiuolo, ed i modi ad una più facile, più sicura, più estesa applicazione della profilassi.

II. e III. — Qui abbiamo due altri pregevoli lavori del dott. Orsi in cui con erudizione, con opportuna copia di fatti e di cifre dà relazione del vaiuolo avutosi in Ancona, dapprima nel biennio 1871-72, poi nel 1873. Son divisi, come altre Relazioni congeneri, in due parti. La *prima* destinata a dire tutte le particolarità del *morbo*, la *seconda* diretta a studiare i più importanti punti di vista della *profilassi*.

La deduzione ch'egli trasse dalla esposizione della parte dedicata al *vaiuolo* nel primo dei nominati lavori fu codesta: « Che l'indebolita potenza dal vaccino umanizzato, indotta dalla moltiplicata serie delle trasmissioni da braccio a braccio, è provata dall'aumento progressivo dei vaiuolosi vaccinati; dallo aggravarsi successivo della entità morbosa; dalla progressione della mortalità; e principalmente dalla infezione e dalla morte dei teneri fanciulli e dalla loro grande suscettività a risentire la piena azione del vaccino nuovamente immesso. »

Dopo aver riferito ogni particolarità delle vaccinazioni eseguitesi in Ancona e provincia in quel funesto periodo epidemico, e aver passati in rivista i focolai epidemici principali d'Italia in confronto della premonizione domandata agli insegnamenti di Jenner, col metodo *umanizzato* od *animale*, il Relatore spiega ed afferma la sua profonda simpatia per la vaccinazione animale, quella fatta col virus tratto direttamente dalla giovenca. Il vaccino animale, egli dice, il *vero vaccino* perpetuato nella specie, e non il *retrovaccino* restituito all'uomo, e che appunto si attenua e si perde al permutare di stanza, ha un'efficacia di cui già si manifestarono le prove nella città che gli fu culla. E Napoli infatti, lo dicono le statistiche ufficiali, nella passata epidemia di vaiuolo vidde i propri vaccinati resistere al contagio molto più di quello che sia riescito ai vaccinati di Torino, di Genova, di Ancona, di Milano.

Notevolissima fra le molte ed importanti tavole statistiche figura quella che riassume la *vaccinazione e la rivaccinazione animale nei principali Istituti vaccinogeni d' Italia*, che è la riproduzione, considerevolmente ampliata, di quella che noi abbiamo presentata al R. Istituto Lombardo nella seduta del 18 luglio 1872. Così si conoscono gli esiti assoluti e percentuali di circa 136 mila inoculazioni fatte col sistema animale, costituenti un elemento di studio e di raffronto assai prezioso per chi dovesse occuparsi di studiare la tesi del vaccino, che oggi tanto si discute e la cui soluzione sembra ancora tanto lontana.

IV. — Il dott. Nolli, Membro del Comitato Milanese di vaccinazione animale, che fino dal 1869 funziona con sempre crescente attività (come già lo provarono i varj Rendiconti annui pubblicati dal dott. Gioachimo Grancini in questo stesso periodico) non potè stare indifferente, per sè e pel Comitato che rappresenta, a quanto si disse sull' importante tema della vaccinazione in seno alla Reale Accademia di Torino. Quivi traendosi occasione da una Relazione del Peyrani sul progetto di Codice Sanitario da sottoporsi alle deliberazioni del Senato, venne da alcuni membri di quell'Accademia svolto l'argomento del vaccino animale.

In quel dotto arringo, il Berruti difese la vaccinazione animale e il Martorelli, come poteva prevedersi, l' ha combattuta, formulando delle *conclusioni* tendenti a proscrivere senza alcuna riserva il vaccino animale, allora appunto che ogni angolo d' Italia era malversato da grave epidemia vaiuolosa, e il vaccino tratto dalla giovenca soccorreva la vaccinazione umanizzata, deficiente di mezzi, prestando utilissimi servizii alla pubblica salute.

Il dott. Nolli con ragionamenti altrettanto semplici, quanto incisivi, come suole, trovò di fare serie osservazioni alle idee espresse, ai fatti riferiti, ed alle parole scritte dal Martorelli, aggiustandoli, afforzandoli, combattendoli a norma delle sue convinzioni, e così da ridurre alla *vera verità*, ragioni e fatti che tendevano a snaturare una tesi importantissima di medicina pubblica, a condannare all'assoluto ostracismo una modalità vaccinica che può avere ed ha la sua parte di buono e di meglio in confronto del sistema umanizzato.

Analizzando ad una ad una le persuasioni del Martorelli, il Nolli ha dichiarato di rispondere sommariamente, in una sol volta, anche al Rapporto Barberis della Commissione Torinese (Malinverni, Martorelli, Rossi Carenzi, Arena, Rizzetti, Barberis) in cui pure ravvisò le più strane interpretazioni di alcuni fatti pei quali i vaccinatori con virus animale professano ben diversi apprezzamenti, in cui trovò ancora principii dedotti da idee e da ragionamenti che non gli parvero scevri di parzialità.

Troppo lungo sarebbe il seguire l' autore in ogni suo ragionamento. Basti qui il citare, aver egli provato, a nostro dettame:

a) che il vaccino animale non offre quelle difficoltà di conservazione e trasmissione come da taluni si crede:

b) che, rispettivamente agli esperimenti torinesi, il virus animale avuto da Milano non poteva essere incolpato di mancato od imperfetto attecchimento; giacchè, ricevuto a Torino il 30 dicembre 1870 e il 17 gennaio 1871, non fu adoperato (come gli stessi sperimentatori ammisero) che il 14 luglio successivo e tanto più per essersi tenuto poi calcolo, come se si trattasse di caso diretto colle migliori cautele, delle risultanze ottenute da un *quarto* trapasso:

c) che il virus vaccino animale dà buonissimi esiti di attecchimento e serve meglio dell'altro alle inoculazioni a grandi masse, come si verificò nelle vaccinazioni pubbliche a Milano:

d) che il virus animale non costa molto, e all'uopo cita il Municipio di Milano che corrisponde 5 centesimi di meno agli attuali vaccinatori, per ogni inoculato, in confronto del passato:

e) che l'efficacia del vaccino animale continua per un tempo assai maggiore di quel che comunemente si crede — citando ad esempio le spedizioni di *pustole* fatte in luoghi assai lontani (*Tunisi*), conservando la loro integrità fisica e profilatica: — ammettendo che i *tubetti* contenenti virus animale liquido non meritano alcuna confidenza:

f) che l'evoluzione del vaccino animale ha un decorso solitamente regolare, solo eccezionalmente incerto, come lo prova il servizio fatto alla pubblica vaccinazione in Milano che sortì sempre il desiderato ordinario corso (1).

g) che è vero il possibile mancare dell'attecchimento del vaccino sulle bovine per cause fisiologiche affatto rare ed eccezionali — e che però l'attecchimento negli umani è buonissimo essendosi raggiunti e perfino superati gli esiti percentuali del virus umanizzato.

Lamenta il dott. Nolli che gli oratori e gli sperimentatori di Torino non si siano mai occupati dall'*esito profilatico* del virus animale — ossia della premonizione al vaiuolo indotta dall'immissione nell'organismo umano del virus stesso. — Ed anche sotto un tal punto di vista, Egli non esita a dire che il vaccino animale ha fatte le migliori prove. E valga il vero. Nell'epidemia vaiuolosa di Milano 1870-72 su un contingente di 6245 colpiti *non si verificarono casi di arabo morbo in individui vaccinati o rivaccinati con virus animale*, come risulta dai Registri Municipali redatti col massimo scrupolo e dalla *Relazione* stampata. Anche sui 136 casi di vaiuolo occorsi successivamente in Milano fino al 30 giugno 1874 *non si ebbe a notare neppure un individuo vaccinato o rivaccinato con virus animale.*

Il dott. Nolli chiudendo il suo lavoro cita il fatto pel quale la Com-

(1) Dopo la pubblicazione del lavoro del dottore Nolli avvenne che la vaccinazione pubblica in Milano (ottobre 1874) dovette essere ritardata di qualche giorno per ritardato attecchimento d'animali. Fu il primo inconveniente a verificarsi su sei anni di esercizio del Comitato vaccino milanese. — Ciò per servire al vero.

missione di Torino sarebbe stata indotta, *per la prima volta* dopo tanti esperimentatori, a credere che *la sifilide dell' uomo può attecchire nell' organismo della giovenca.* E qui giova riferire l' opinione emessa al proposito da quel distintissimo specialista che è il prof. Gamberini di Bologna, il quale dopo avere istituito un esame comparativo fra la fenomenologia delle forme veneree e sifilitiche, applicandola all' esperimento succitato in cui si inocularono i *detriti organici stati raschiati sopra un' ulcera sifilitica indurata* esportata ad un soldato, e dopo averne seguito con sapiente analisi tutte le fasi successive, ne concluse: non parergli dimostrato;

a) la natura sifilitica dell' ulcero del soldato;

b) la trasmissione di morbo sifilitico nella giovenca: e doversi piuttosto ammettere

1.° la natura venerea locale non infettante dell'ulcero del militare:

2.° l'indole semplicemente irritativa di quanto avvenne nella giovenca.

Ma anche dopo tutto ciò il dott. Nolli non getta l'ostracismo al vaccino umanizzato e, dando ragione all' opportunità di nuovi studi e tenendo conto di tutti i fatti, da qualunque parte essi vengano, si dice persuaso che i due metodi vaccinici siano capaci di bene nel campo della pubblica igiene e che l' una possa e debba, in date circostanze, ajutare e completare l' altra modalità.

V. — Il prof. Davide Toscani ha regalato, nel 1874, alla medica letteratura un'importante pubblicazione sull'epidemia di vaiuolo che regnò in Roma dal 1.° gennaio 1871 al 30 giugno 1873 e sulle pubbliche vaccinazioni praticate nella stessa città durante il venticinquennio 1848-1872.

È un resoconto statistico redatto per l'ufficio Municipale di Sanità e per ciò costituito in gran parte da tavole numeriche che all' uopo furono illustrate, precipuamente sotto il duplice punto di vista della malattia e della sua profilassi.

Nei 30 mesi di cui si occupa la relazione furono registrati in Roma N. 3149 casi di vaiuolo con 1219 decessi. — I vaiuolosi vi figurano distribuiti e classati a norma di tempo, di località, di età, dell'esito, della forma, ed in rapporto alla subìta o non subìta vaccinazione, risultando, assai bene, ancora una volta, dimostrata la grande influenza preservatrice della scoperta di Jenner.

L'autore offre un cenno storico della vaccinazione nei già Stati Pontificj. Fu solo nel 1822, regnando Pio VII, essendo Archiatro il Prelà, che fu istituita una Commissione per la propagazione della vaccinazione negli Stati Pontificj e all' oggetto stesso si creava un Consiglio composto di professori scelti nelle Facoltà mediche di Roma e di Bologna. — Tutto era stato ben disposto per ottenere l' intento, perfino l' istituzione di medaglie d'onore ai più benemeriti vaccinatori, quando la morte di Pio VII lasciò andar tutto in non cale fin sullo scorcio del 1841, in cui Papa Gregorio XVI ritornò in vigore l'Editto affidandone l'esecuzione

alla Pubblica Beneficenza. A principiare dall'anno 1848 ne fu dato l'incarico al Municipio che se lo prese a cuore fino ad accordare, dal 1871 in poi, il premio *d' una lira* a tutti indistintamente quei vaccinati che nell'ottavo giorno dall'innesto tornino a mostrarne il risultato.

Dichiara il prof. Toscani di appartenere alla schiera dei difensori del vaccino umanizzato e di non credere sia *assolutamente* necessario che il virus vaccino trasmesso da braccio a braccio abbia ad essere ringiovanito, rinvigorito col cow-pox, e del pari afferma di non ricusare affatto ogni valore al vaccino animale.

Assicura all'uopo che a Roma non fu mai ritemprato il vaccino col cow-pox e che ad onta di ciò la profilassi del vaiuolo ha sempre sortito l'esito migliore. Fece dei tentativi di *vaccinazione animale* che non gli sortirono nè *facilmente*, nè *senza spese*.

Le vaccinazioni praticate a Roma nei cinque lustri che passarono dal 1848 al 1872 furono 22 mila e 701 e l'esito verificato su 20 mila e 213 individui diede il 99,62 per 100 di buon attecchimento. Proporzione di esiti *genuini* che per vero mostra così la valentia dei vaccinatori, come la bontà del vaccino!

Il prof. Toscani, finalmente, come non crede all'affievolimento del vaccino umanizzato, così dichiara di non poter accettare come veri e ben dimostrati i casi di sifilide vaccinica avvenuti per innesto nella pratica della vaccinazione umanizzata.

VI. — Codesto lavoro dedicato all'illustre Brugnoli, che presiedette il 6.° Congresso dell'Associazione Medica Italiana a Bologna nell'autunno 1874, tende evidentemente a riassumere la lunga e dettagliata ed applaudita Relazione che il dott. Orsi fece al Congresso stesso e che i lettori di questo periodico rammentano assai bene (Vedi la Relazione Griffini, mese di dicembre 1874) come quella che diede luogo ad un voto *sospensivo*, essendosi voluto riconoscere *non essere ancora abbastanza maturi gli studi per decidere la grave questione sul vaiuolo e sul vaccino*, *sul vaccino animale od umanizzato*.

Checchè ne sia e possa avvenire del *deliberato* del Congresso di Bologna (che noi tanto rispettiamo), crediamo opportuno di aggiungere alle informazioni date dal Griffini, le principali riassunte ragioni che l'Orsi presentava in quella solenne occasione a sostegno della tesi da lui trattata con tanta dottrina — e ricorrendo ad essa, vi prendiamo elementi a larga mano.

L'Orsi posò la questione in questi precisi termini:

1.° Il vaccino umanizzato, nei suoi indefiniti passaggi da braccio a braccio, preserva oggi dal vaiuolo, siccome preservava ai tempi primitivi della vaccinazione?

2.° Nei trapassi del vaccino umanizzato è possibile la trasmissione dei morbi infettivi, e specialmente della sifilide?

Dall'esame più accurato della storia della vaccinazione in rapporto

alla sua azione premunitrice del vaiuolo ed ai recenti avvenimenti epidemici d'Italia, ha potuto trarre le seguenti convinzioni:

1.° Che nel vaccino umanizzato trasmesso per le generazioni, si è indebolita e si indebolisce la virtù premunitrice dal vaiuolo.

2.° Che i fanciulli di tenera età, vaccinati colla linfa dei lontani trapassi, non sono garantiti dal vaiuolo, siccome ai tempi di Jenner; che sono suscettibili anche in tenera età ai pieni effetti della vaccinazione.

3.° Che è dovere dell'Amministrazione sanitaria dello Stato il rinnovare ovunque il principio della vaccinazione al *cow-pox* originario, od al suo più vicino derivato.

4.° Che è a consigliarsi in Italia la rivaccinazione dei fanciulli inoculati col vecchio vaccino umanizzato, onde assicurarsi della loro premonizione dal vaiuolo.

A provare il progressivo indebolirsi del vaccino umanizzato (dall'uomo all'uomo, da braccio a braccio), l'Orsi ha creduto opportuno di stabilire o di ricordare:

1.° Come ai mandriani ed alle villanelle di Glowcester, che contraevano il vaccino mungendo vacche infette da *cow-pox* fosse nota e tradizionale la sua virtù di preservare dal vaiuolo; e anche i longevi presentassero la più assoluta refrattarietà al vaiuolo inoculato dal Jenner.

2.° Come i vaccinati del Jenner e de'suoi tempi — dal 1798 in poi — fossero refrattarii al vaiuolo inoculato; nè le violenti epidemie presentassero fra loro nel primo decennio dalla vaccinazione, alcun caso d'infezione di vaiuolo, d'onde l'enunciato *dell'assoluta perpetua immunità dal vaiuolo, dei vaccinati.*

3.° Come i vaccinati dopo circa il ventennio dalla applicazione del Jenner, presentassero le prime estese prove dell'attitudine a riconquistarsi la recettività al vaiuolo.

4.° Come i vaccinati, dopo i 30 anni dall'immutato vaccino umanizzato, subissero casi di vaiuolo vero, confluente fra i moltissimi di vaioloide, e con morte; e la morte dei vaccinati colpiti da vaiuolo fosse progressiva in ragione di tempo.

5.° Come i vaccinati, colpiti allora da vaiuolo confluente e seguito da morte, fossero ovunque i più lontani dalla subita vaccinazione; nè s'incontrassero vaccinati morti per vaiuolo di età inferiore ai 15 o 20 anni.

6.° Come nei fanciulli al di sotto dei 10 anni, i quali erano stati immuni nel 1805 ed avevano presentato i primi sintomi di vaiuoloide ad Edimburgo nel 1818, nel 1836 presentavano casi di vaiuolo vero e confluente (Heim).

7.° Come nei tempi che susseguirono le epidemie di vaiuolo si resero più frequenti e furono presi da vaiuolo e morirono per esso, in numero sempre crescente, i vaccinati.

Fu allora che al giudizio dell'assoluta e perpetua premonizione del vaccino prevalse — con tante opposizioni — quello, già preannunciato

dai più veggenti, *della temporaneità preservativa del vaccino;* d'onde venne il consiglio e la più diffusa pratica della *rivaccinazione*; e insieme il grande studio di ricercare il *cow-pox* per la rinnovazione del tipo degl'innesti, e in sua mancanza l'uso del *retrovaccino.*

L'Orsi ha potuto, coi fatti e colle cifre, dimostrare che ove la mortalità pel vaiuolo fu *minima* (a Bruxelles, a Berlino, a Dresda), in confronto di altri luoghi, come Parigi (che in poco tempo ebbe 13 mila e 150 morti per influenza dell'arabo morbo), là appunto si deve il buon risultato all'influenza d'un vaccino ad intervalli rinnovato, migliorato.

Egli cita il caso di Teramo che nel 1854 ebbe con altre provincie meridionali il *cow-pox* da Orano, in cui si notò nell'ultima epidemia di vaiuolo scarso numero di ventenni colpiti dal contagio, e Roma istessa, ebbe pochissimi colpiti da vaiuolo nell'ultima epidemia, perchè nel 1832 e nel 1834 fu raccolto in Roma il *cow-pox* e fatto di esso lo stipite ad una nuova serie di vaccinazioni e perchè la linfa che ebbe dall'Inghilterra il prof. Ratti, nel 1842 o 1845, procedeva da recente *cow-pox.*

Da ciò emerge l'importanza di raccomandare il rinnovamento del germe vaccinico al *cow-pox* originario od al suo più vicino derivato, che è fra noi il *cow-pox incontrato nel* 1871 *nelle Mucche di San Lazzaro di Savena* a Bologna, riprodotto nelle congeneri, e fatto tipo alla vaccinazione animale nella media Italia, nella Lombardia, e nel Veneto.

Progredendo nell'esame del lavoro dell'Orsi troviamo ancora il frutto degli studi vaccinici fatti nella Provincia di Ancona da lui sì opportunamente assistita, i cui risultati si possono così riassumere:

1.° Nei fanciulli di tre anni rivaccinati s'ebbero i successi di legittima vaccinia nel rapporto del 44 0|0; ascendenti d'anno in anno nei rivaccinati alle Scuole ed alle pubbliche vaccinazioni. I fanciulli sul decennio così rivaccinati furono 4011.

2.° Nella intera scala dei rivaccinati da 3 a 50 anni ed oltre, s'ebbe il massimo dei successi pieni e regolari a dieci anni, e cioè di 60 per cento regolari, 12 spurii, e 28 nulli.

3.° Nelle età successive diminuivano gli attecchimenti per risalire nelle età avanzate, ed oscillare, seguendo in circa il movimento della mortalità incontrata nel vaiuolo nelle diverse età, ed in diversi luoghi, e circostanze.

4.° Le più perfette vaccinie furono viste agli estremi della scala delle rivaccinazioni, e cioè nei bimbi e nei vecchi.

Ciò posto e tenuto calcolo di circa 260 mila vaccinazioni e rivaccinazioni col virus animale e di 200 mila vaccinazioni e rivaccinazioni fatte col sistema umanizzato, il nostro collega di Ancona venne alle seguenti persuasioni:

che il vaccino animale procedente dal *cow-pox* spontaneo trasmesso per innesto alle vacche, e in esse perpetuato, perchè serva alla vaccinazione degli umani, è ottimo mezzo di preservazione per la efficacia del *virus*, e per la incolumità dei vaccinati:

che il vaccino umanizzato, quando sia di prossima procedenza dal *cow-pox*, ha piena efficacia, purchè trasmesso da vacciniferi di constatata salute;

che la trasmissione di morbi infettivi nei trapassi del vaccino umanizzato, e specialmente della sifilide, è da considerarsi come un fatto di cui ogni dì più si raccolgono gli esempî. Su questa grave quanto dolorosa verità giova ricordare i fatti, per limitarci a più recenti casi, della sifilide dei 35 vaccinati di Cesena, gli eczema di Faenza, di Forlì e di Bologna, il tifo di Campomorone nel Genovesato, e la recente difterite vaccinica d'Anghiari, morbi tutti comunicati da vacciniferi a numerosi vaccinati.

L'Orsi ha provato e ripetuto una volta ancora che il vaiuolo può essere spento o ridotto in minimi termini dal vaccino, dal vaccino rigenerato, dal vaccino primitivo, bene applicato e sorvegliato. Ecco le sue ultime parole:

« Conviensi:

1° Che il vaccino sia di recente procedenza dal cow-pox e non il perpetuo derivato di un tipo che si snerva nell'uomo;

2° che la vaccinazione infantile sia applicata obbligatoriamente per legge internazionale;

3° che la rivaccinazione, dalla quale è restituito all'organismo la refrattarietà al vaiuolo, sia egualmente obbligatoria al periodo dell'adolescenza, allorchè sarà ripristinato il tipo della prima vaccinazione: e di presente nella fanciullezza;

4° che nella organizzazione del servizio vaccinico sia stabilita la verifica obbligatoria dei successi, e la perfetta conservazione del vaccino;

5° che la medicina pubblica sorvegli attivamente il vaiuolo per estinguerlo nelle sue prime manifestazioni, vaccinando e rivaccinando quanti individui siano a contatto degli infermi onde impedire la costituzione dei fomiti d'infezione. »

VII. — Il dott. Orsi nella sua più recente pubblicazione *sulla importanza di rinnovare il germe delle vaccinazioni in Italia* volle assai opportunamente riassumere i più importanti fatti e le più rispettabili proposte affidati al lavoro di cui abbiamo dato or ora la più estesa e interessante parte. È un riassunto destinato a porre sott'occhi nel modo più spedito ed efficace di chi deve seriamente occuparsi del famoso controverso tema le più spiccate offese sociali e personali arrecate dal vaiuolo, come dei benefici effetti sempre e dovunque attribuiti all'azione premunitiva dell'inoculazione del virus vaccino. Egli ha perciò dirette queste sue osservazioni al *Consiglio superiore di sanità del Regno* che, appena ricomposto e ritemprato dopo la breccia di Porta Pia, metteva allo studio lo specialissimo tema — che dovrebbe pur una volta essere discusso in seduta plenaria e definito.

L'Orsi ricorda all'uopo che il fondamento della specialissima trattazione è e deve essere codesto:

« *Il vaccino dell'oggi preserva come preservava ai tempi di Jenner* ?

E rammenta la sua professione di fede scientifica, che cioè: — non possa nè debba aversi lo spirito di esclusivismo per l'uno o per l'altro virus, l'*animale* o *l'umanizzato* — che essendo egli fra i convinti favoreggiatori del vaccino animale, è del pari convinto che il vaccino umanizzato abbia le sue utili applicazioni ove sia posto nelle condizioni *più opportune di efficacia e di garanzie dalle trasmissioni morbose* e stimmatizza chi vuole ad ogni costo far accettare, a danno dei fatti e del vero, *la immutabilità della potenza virtuale del vaccino dato in antico dall'animale e perpetrato nell'uomo da braccio a braccio nel succedersi delle generazioni.*

Rammenta l'Autore i gravi fatti epidemici osservati in Italia e fuori, provanti la *diminuita virtualità premunitrice del vaccino umanizzato,* e che condussero a stabilire codesti principi:

1° *La temporaneità primitiva del vaccino:* d'onde venne il consiglio e fu stabilita la pratica della *rivaccinazione:*

2° *L'indebolimento progressivo della forza premunitrice nel vaccino umanizzato*: da cui derivò l'impulso alla rinnovazione del virus, la conseguente ricerca del cow-pox, i tentativi di retrovaccinazione coll' immettere nella vacca sana il vaccino dell'uomo, nella fiducia che l'animale avesse facoltà di purificarlo e di rinvigorirlo a beneficio dell'uomo.

Egli ha all'uopo tolti all'oblio le particolarità epidemiche e profilattiche di Parigi, di Napoli, di Milano, di Torino, di Genova, di Bologna, della sua Ancona, città e provincia — risuscitò (dopo la storica figura di Jenner) i pensamenti di Bousquet, di Wendt, Besnier, Colin, Briquet che si occuparono assai dal vaccino — rammentò l'importanza premunitiva al vaiuolo portata e lasciata dal rinnovarsi del vaccino col cow-pox trovato in epoche diverse in Francia, nel Belgio, in Germania, in Italia, anche recentemente.

Asseverata le temporaneità della piena potenza virtuale del vaccino umanizzato, che decade negli innumeri passaggi attraverso le generazioni degli uomini, gli pare evidentissimo e necessario il precetto di *iniziare frequentemente sul cow-pox nuove serie efficaci di vaccinazioni umane:* o *di perpetuare il cow-pox mercè la trasmissione del virus di vacca in vacca*·

E poichè non è frequente, anzi raro, l' incontro del cow-pox originario (il valuolo spontaneo nella vacca), torna per ciò stesso giustificata la sollecitudine per la *vaccinazione animale* — cioè per la trasmissione del cow-pox originario e per la conservazione sua nel suo terreno naturale che è la vacca, onde diffonderlo da essa agli uomini: perchè ciò serve maggiormente a garantire la nostra specie dalle trasmissioni di multiple infezioni morbose umane, e specialmente della sifilide vaccinale.

L'Orsi pone però anchè al davanti delle sue più profonde persuasioni

scientifiche o pratiche, il bene dell'umanità ch'egli serve con decoro, con lustro, con amore, con frutto — imperocchè al cospetto delle opposizioni e delle teorie, dei dubbi e delle paure, degli incoraggiamenti e delle tergiversazioni, raccomanda *intanto* e in quanto al presente, nell'utile delle moltitudini, che sia riconosciuta:

1° La necessità di dar principio in Italia ad una nuova serie di vaccinazioni, là ove la reggenza delle amministrazioni locali, o la sollecitudine dei medici non provvidero alla rinnovazione del vaccino;

2° la convenienza di rinnovare la vaccinazione dei fanciulli i quali furono vaccinati o con vecchio o con incerto vaccino, onde affermare la loro premonizione;

3° l'importanza di introdurre nelle abitudini popolari l'uso delle rivaccinazioni:

4° l'utilità di organizzare il servizio della profilassi vaccinica sulla base della obbligatorietà delle vaccinazioni e delle verifiche dei successi; della cura centrale della conservazione del vaccino; o del censimento vaccinico.

Ecco il riassunto degli studi del dott. Orsi di Ancona, studi che per la serietà delle argomentazioni su cui poggiano, per la stimabilità della persona che vi attese, per la moderazione che li impronta, meritano tutta la attenzione degli uomini della scienza, di chi ha il dovere ed il diritto di vegliare alla pubblica salute. Gli è certo che il troppo breve tempo che solitamente si concede, in seno ai Congressi scientifici, per la trattazione anche di difficilissimi ed importantissimi temi, non può essere sufficiente a prendere in seria considerazione opposti e formidabili argomenti, a sceverare il vero dal falso, il prodotto dell'entusiasmo dai fatti negativi raggranellati dall'indolenza e dalle idee preconcette. È a far voti che la tesi del vaccino venga ripresa in altra sede, dagli uomini più competenti e spassionati.

VIII. — Il dott. Giovanni Battista Franchini che, quale medico dei poveri a Torino, ebbe occasione di curare nella passata epidemia ben 124 casi di vaiuolo e vaiuoloide, fa la proposta di usare come rimedio interno e specialmente come topico, nei casi gravi di vaiuolo, nello stadio suppurativo, *lo zafferano* (crocus sativus).

Passate in rivista le principali medicazioni raccomandate per le citate emergenze, dice di aver sempre vagheggiata l'idea di adoperare a vantaggio della cute, durante il lavoro suppurativo del vaiuolo, gli ammollienti risolutivi che si adoperano nelle infiammazioni flemmonose, tanto più dopo aver veduto usare con buon'esito i bagnoli zafferanati sugli occhi d'un vaiuoloso curato a Bologna da un dott. Daveri. Invitato così dall'esperienza dell'utile ottenuto dalla medicazione oculare e dal considerare come lo zafferano faciliti immensamente la suppurazione, quando

sia disteso sopra tumori infiammatori prima di apporvi il cataplasma, pensò di estendere la speciale medicazione a tutto quanto il corpo.

All'uopo si è servito di infusioni di zafferano (mezzo grammo in 100 di acqua bollente o di decotto d'altea) applicato ripetutamente con molle pennello o con finissime lingerie.

Gli effetti prodotti da tale topica e insieme generalizzata applicazione altri sono diretti e locali, altri indiretti e generali. I primi consistono nel portare un senso di sollievo alle parti più sensibili e nel vedere diminuito l'erettismo infiammatorio cutaneo. Gli indiretti stanno nella mitigazione della febbre, del delirio e di tutto quanto costituisce la forma adinamico-tifoidea insorgente nello stadio suppurativo.

L'Autore tentò anche l'amministrazione interna dello zafferano a 30, 40, 50 centigrammi al giorno in qualche pozione. Non si attenta a dirne bene, ma crede che nei casi gravi il rimedio possa agire in maniera immediata sulla innervazione avvilita e sconvolta nel caso di assorbimento purulento vaiuoloso.

Il proponente non si dissimula il bisogno di ulteriori esperimenti e di nuove osservazioni.

IX. — Il dott. Domenico Bomba a nome del *Comitato genovese di vaccinazione animale*, di cui è altro degli Onorevoli Membri, riferisce sulla gestione quinquennale (1870-74), sanitaria ed economica, di quella associazione che per la Liguria si assunse il lodevole cómpito di innovare la profilassi vaccinica coltivando e diffondendo il *vaccino animale* in sostituzione od in ajuto *al vaccino umanizzato.*

È un *resoconto* di pag. 79, stampato anche nel periodico « *La Liguria Medica* », che per i fatti narrati, la temperanza delle opinioni espresse, la qualità eminente delle persone d'onde proviene, merita di essere fatto conoscere con esteso ragguaglio.

Una lettura fatta in una seduta del Comitato Medico ligure, il 29 agosto 1869, dal distinto veterinario Pietro Mazza « Sulla vaccina, sua vera origine, « sua pretesa identità con il vajuolo umano, sua produzione artificiale, « conseguenza » fu un vero risveglio e servì di eccitamento alla creazione di un Comitato di vaccinazione animale che riescì composto, dal Bomba, dal prof. Du-Jardin (presidente effettivo) dai dottori Torre, De-Paoli, Elia e del citato veterinario Mazza (presidente onorario).

Premette l'Autore, che gli intenti del Comitato, comechè ritenuti rispettabili ed onorandi sotto ogni riguardo da una buona parte della popolazione genovese, tuttavia vennero misconosciuti, combattuti da *numerosi avversari più o meno chiari, più o meno leali.* Non si attesero i fatti, non si apprezzarono le opere, non si discussero i principj; si giudicò in prevenzione: e si giudicò dicendone male, *ad ogni buon fine.* Da ciò mille difficoltà al prospero progredire dell'azione di quel Comitato: da ciò la maggior lode ch'Esso meritasi per aver saputo condurre assai bene l'opera sua attraverso triboli e spine.

Se non che la parte materiale di essa, che è pure importante, venne alleviata, facilitata, per buona ventura e per un caso fortunoso più unico che raro, dalla generosità d'un tal Carpegna, possidente di bovini, e poscia dalla Società dei Macellaj, che somministrarono a prestito e gratuitamente, l'una dopo l'altro, gli animali bisognevoli alle trasmissioni vacciniche ed agli esperimenti necessarj a studiare la tesi della innovata profilassi.

Il giorno 20 marzo 1870, con una pustola spedita dal Comitato milanese di vaccinazione animale, si è proceduto a Genova alla inoculazione della prima vacca che servì da vaccinifero per le successive inoculazioni continuate, sospese e riprese a norma del bisogno del pubblico servizio, delle domande dei privati, delle esigenze sperimentali.

Il Bomba assicura gli avversarj del vaccino animale di non aver mai pensato nè Lui, nè i suoi Colleghi, alla così detta *retrov ccinazione* (l'innesto delle giovenche con vaccino umanizzato): nemmeno in seguito all'opinione emessa dall'illustre Semmola che *nella retrovaccinazione la vacca faccia le veci di un filtro valevole a depurare e rinvigorire la linfa vaccinica.*

È degna di nota l'opinione del Comitato ligure sulla influenza della temperatura esterna e della località scielta alla custodia delle giovenche sulla evoluzione pustulare, che lo scrittore ammette abbastanza distinta a similitudine di quello che avviene negli umani organismi per le condizioni igieniche delle case e per le vicissitudini atmosferiche. Di conseguenza crede che le stagioni più propizie all'innesto vaccinico negli umani siano quelle a media temperature, mentre altri sono persuasi che si possa vaccinare con buon effetto in ogni stagione dell'anno, anche nelle più rigide per freddo o per canicola.

Il Comitato ligure si è preoccupato, com'era naturale, del modo di preparazione e conservazione degli elementi d'innesto, che lo scrittore ammette più facili e più utili ottenuti colla raschiatura dei detriti della pustola o colla pustola distaccata dall'animale.

A proposito delle modalità a seguirsi nell'usare del vaccino animale, nell'immetterlo nell'umano organismo, il Bomba ha una parola di rimprovero a persona, del resto pallidamente accennata, troppo leggermente stimmatizzante quella innovazione profilatica che nelle meno abili o *meno credule* sue mani, non sortiva il desiderato effetto.

Il corso regolare del cow-pox artificiale nei bovini è un fatto constatato da tutti all'infuori della Commissione Torinese, nel suo rapporto, di cui si è occupato l'anno scorso il dott. Nolli a Milano e della cui critica abbiamo più sopra tenuto discorso. Gli è qui che l'Autore esce per pochi istanti da quel contegno riserbatissimo che si è imposto dicendo credere che la passione abbia fatto velo alla Commissione Torinese, al Martorelli e ad altri che vollero condannare all'ostracismo il vaccino animale di null'altro colpevole, fin'ora, che di non essere stato peranco studiato da taluni.

Alcuni periodi sono dedicati a mostrare, anche coll'autorità di nomi rispettabili, non essere vero l'asserto che il vaccino animale dia luogo a reazioni locali troppo vive e dannose.

Lamenta il Bomba la difficoltà in cui il Comitato ligure si è trovato, a proposito di statistica vaccinica, per la mancanza di *verifiche* delle inoculazioni alle quali difficilmente si adatta il nostro popolo, che si scuote e domanda *certificati* sol quando vi è astretto dal dover mettere a scuola i bambini grandicelli o quando gli punge il bisogno di bussare alle porte della pubblica beneficenza. A Genova, come in molte altre città italiane, le mancate *verifiche* sommano a circa metà delle praticate inoculazioni, e così la statistica è monca, insufficiente, quasi inutile.

Non crediamo sia proprio nel vero il Comitato ligure nel ritenere che gli esiti *spurj* siano da assegnare alla classe dei risultati affatto negativi, perchè sembra a noi che il non perfetto sviluppo pustolare possa significare una diminuita recettività allo speciale stimolo vaccinico, permettendo però ai singoli organismi di sentire opportunamente, sufficientemente, la profilatica influenza.

Alla stessa stregua non crediamo si debba fondare la ricerca dell'esito percentuale sul numero totale degli inoculati, ma sibbene sulla cifra di coloro che si presentarono alla verifica.

Dalle importanti pagine dedicate alla *statistica* togliamo le seguenti notizie.

Dal 1870 al 1874 inclusivi, il Comitato Genovese ha *vaccinati* 1992 individui, ne ha *rivaccinati* 317. Nella constatazione degli esiti nei *vaccinati*, ne ha notati 1054 genuini, 91 nulli; mancarono alla verifica 847 bambini. Per riguardo ai rivaccinati notò 148 esiti genuini e 34 nulli: mancanti alla verifica furono 135 adulti.

E l'esito percentuale sarebbe stato *felice*, nei bambini, nella proporzione del 54 per 100: *negativo* in quella del 4 1[2. Negli adulti il 46 1[2 per 100 di esito felice, l'11 e 1[2 di negativo.

Premesse le nostre riserve sulle due citate modalità che servirono al Comitato ligure nei suoi apprezzamenti statistici, diciamo che gli esiti genuini *percentuali* dovrebbero invece essere calcolati per bambini il 92, per gli adulti il 81,3 per 100.

Dalla parte del lavoro in cui il Bomba riferisce i particolari più importanti del vajuolo osservato in Genova nel biennio 1870-71 risulta *non essersi constatato che alcuno dei bambini vaccinati durante il corso dell'epidemia, nella sede del Comitato od a domicilio privato, sia stato attaccato dal vajuolo o ne sia rimasto vittima.*

Gli oppositori del vaccino animale prendano nota di codesti risultati!

Lo scrittore non crede che il vaccino animale abbia ancora bisogno di molti studj per essere definitivamente accettato in sostituzione dell'umanizzato: pensa che i Municipj dovrebbero provvedere al ritorno dell'*antica* pratica vaccinica: è persuaso che il più vero ed adatto ser-

batojo del vaccino non sia l'organismo umano, ma quello della vacca, dalla quale Jenner trasse la linfa per i primi suoi esperimenti.

Nelle poche pagine dedicate alle *trasmissioni morbose per mezzo della vaccinazione* l'egregio relatore del Comitato Genovese ricorda i fatti di sifilide vaccinica narrati dall'Orsi, dal Grancini, dal Berruti, da varj stranieri, non che quelli recentemente constatati a Cesena, a Caserta. Ad appoggiare la credenza della possibilità di trasmissioni di altri morbi infettivi per mezzo del vaccino umanizzato, cita i fatti recenti di difterite-vaccinica in Anghiari (Toscana), di tifo in Campomorone (Liguria) e in Pinerolo (Piemonte). A proposito della trasmissione della sifilide dall'uomo ai bruti deplora l'avventata deduzione fatta dalla più volte citata Commissione Torinese contro cui stanno gli esperimenti e le osservazioni di Cullerier, Puche, Ricord, Babington, Auzias-Turenne, Diday, di Ricordi e Dell'Acqua, e finalmente le osservazioni critiche dell'illustre sifilografo bolognese, il Gamberini.

L'Autore, ha avuto quà e là parole ed espressioni assai gentili all'indirizzo del Comitato milanese che precedeva di circa un anno i lavori dei Colleghi Genovesi, sicchè quelli di Milano, per mezzo nostro, gli esternano in questa circostanza tutta la loro gratitudine.

Dopo tutto dobbiamo dire che la Relazione-Bomba è un lavoro importantissimo, coscenzioso, temperato: che merita perciò la migliore attenzione per parte della Autorità sanitaria come degli uomini della scienza: è un libro che onora assai il Comitato ligure di vaccinazione animale ed il chiarissimo suo Relatore.

Milano, 15 aprile 1875.

RIVISTA GINECOLOGICA

pel dottor MANGIAGALLI

Berruti — *La sterilità in rapporto alla moderna terapia.*
Terrillon — *Disordini della menstruazione in seguito a lesioni chirurgiche e traumatiche.*
Wright — *Vaginismo.*
Guibout — *Trattamento degli scoli vaginali.*
Guérin — *Della metrite parenchimatosa acuta.*
Woodbury — *Dell' applicazione locale dell'acido nitrico nell' endometrite del collo e del corpo.*
Siredey — *La febbre puerperale non esiste.*
Courad — *Trattamento della febbre puerperale mediante l'alcool ed il chinino.*

Winckel — *Due casi di ematocolpo ed ematometra in causa di atresia del terzo medio della vagina, guariti colla punzione.*

Kuhn — *Sull'ematoma periuterino.*

Ory — *Lacerazione completa del perineo, perineorafia praticata con successo.*

Demarquay — *Nuovo processo operatorio della fistola retto-vaginale.*

Ruggi — *Nuovo isterotomo.*

Amussat — *Trattamento dell'epitelioma del collo dell'utero colla galvano caustica termica.*

Henneberg — *Sul trattamento del carcinoma del collo uterino colla soluzione alcoolica di bromo.*

Oberducht — *Sull'amputazione del collo dell'utero.*

Demarquay et Saint-Vel — *Sui polipi fibrosi ad apparizione intermittente.*

Jourestié — *Di alcuni accidenti consecutivi alla compressione incompleta della vescica e del retto per parte dei fibromi uterini interstiziali.*

Guéniot — *Ablazione di certi polipi dell'utero; semplificazione operatoria.*

Scarenzio — *Polipo uterino esportato mediante la legatnra elastica.*

Hildebrandt — *Sul trattamento dei fibromi e miomi uterini mediante le injezioni ipodermiche di ergotina.*

A. Martin — *Sulla enucleazione dei miomi interstiziali del corpo dell'utero.*

Giommi — *Enucleazione di un tumore della cavità dell'utero e studio fisio-patologico sulle olterazioni della sensibilità e del movimento, sintomatiche delle malattie uterine.*

Lawson Tait — *Grosso fibro-mioma del fondo dell'utero operato con successo.*

Wood — *Estirpazione dell'utero per tumori.*

Zenholme — *Estirpazione di un tumore fibro-cistico dell'utero insieme all'utero ed alle sue appendici.*

Baschieri — *Contributo anatomo-patologico clinico del cistovario.*

Spantigati — *Sopra alcune osservazioni di tumori ovarici.*

Poulet — *Tumore cistico dell'ovaio preso per una gravidanza uterina; ovariotomia nel periodo ultimo: morte per spossamento,*

Keith — *Sulle cisti ovariche suppuranti.*

Campbell — *Caso di cisti attaccata ad un rene, simulante una cisti ovarica: esportazione del rene: guarigione.*

La sterilità in rapporto alla moderna terapia; (*L'Indipendente*, Numero 6, 7, 1875).

È l'argomento preso in disamina dal dott. Berruti in una sua dotta prolusione al corso libero di Ginecologia e Pediatria nella R. Univer-

sità di Torino. Meglio conosciute le leggi del concepimento per opera specialmente di Martin, Bischoff, Corte, Fouchet, Simpson, Rilt e tanti altri, anche la patologia e la terapeutica uterina ne avvantaggiarono di molto nella cura della sterilità, riescendo così a scongiurarne molte volte le funeste conseguenze sociali.

L'impulso nella cura della sterilità venne dato dalla scuola di Edimburgo, capitanata dal Macintoschi e dal Simpson, avendo il primo concepito l'idea di dilatare, il secondo d'incidere il collo uterino, dopo aver riconosciuto che in quasi tutte le donne sterili avevasi ristrettezza del canale cervico-uterino. L'Autore non riduce però il concepimento ad una questione puramente meccanica, come vorrebbe il Syms, il quale dichiara che per fecondare basta deporre il seme in un luogo propizio ed in un momento favorevole. Le anomalie nelle sensazioni sessuali hanno pure il loro valore, come sarebbe posto fuori di dubbio dalle osservazioni di Rilt e di Courty. Le injezioni del fluido spermatico già tentate con felice successo dallo Spallanzani e dal Rossi negli animali, non hanno egualmente corrisposto nella donna; e l'Harles di Londra, dopo numerosi tentativi inutili si decise di abbandonarle. Il Syms pure non ha che un fatto comprovante la riuscita e questo in donna di 28 anni sterile da 9 anni di matrimonio. L'Autore avrebbe potuto aggiungere le osservazioni del Meyn, che pur sono interessanti in proposito. Del resto, si ritenga con Syms il concepimento puramente come l'effetto del contatto di un seme fecondante con un ovulo in condizioni propizie, ovvero si ritenga con Comty e Rilt che su esso influisca anche la peculiare sensibilità sessuale dei progenitori, è incontestabile che nella maggior parte dei casi di sterilità muliebre, sono meccaniche le condizioni che si oppongono al concepimento ed è chirurgica la cura che cerca di allontanarle. Nei casi di leucorrea vaginale in cui l'acidità dei secreti distrugge la vita degli spermatozoi l'Autore ha trovato efficace il metodo di Demarquay d'introdurre cioè un tampone di ovatta o di filaccie bene imbevuto di glicerina e tannino nelle proporzioni di 30 a 10, mantenuto per 3 o 4 giorni in vagina. In questi casi si può anche far uso di una soluzione di fosfato di soda, che al dire di Kölliker è particolarmente favorevole alla vitalità degli spermatozoi. L'Autore passa in rassegna tutte le cause più note di sterilità ed i rispettivi presidii chirurgici, a cui io non accenno perchè si trovano nei varii trattati di ginecologia. E qui applaudo al chiaro ginecologo che si assunse l'incarico d'impartire questo insegnamento, tanto negletto in Italia, agli studenti dell'Università di Torino; e faccio voti affinchè nelle università italiche l'insegnamento della ginecologia non venga più compendiato in un magro capitolo di patologia medica sull'amenorrea e sulla dismenorrea.

Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques; par Terrillon (*Progrès med.* 1874, N. 49, 50, 51, 52).

L'autore formula le seguenti conclusioni:

1) Le lesioni chirurgiche o traumatiche hanno sulla menstruazione un'azione variabile: o rispettano la funzione menstruale, o la sopprimono (questo caso è raro) o l'accelerano, o la ritardano per un tempo variabile, qualche volta determinano all'infuori dell'epoca menstruale una epistassi uterina, ordinariamente di breve durata (due giorni circa), senza alcun sintomo concomitante, e avente lieve influenza sull'epoca menstruale seguente.

2) Le differenti regioni del corpo hanno un' influenza diversa e si possono dividere in varie zone a seconda dell' influenza che esercitano sulla menstruazione le lesioni corrispondenti: 1.° Apparecchio normale: utero, ovaio, vagina, vulva: 2.° Zona vicina all'apparecchio sessuale: retto, ano, vescica, parte superiore delle coscie ecc.: 3.° I reni: 4.° Le altre regioni del corpo.

3) Queste zone hanno una influenza differente se si tien conto principalmente della frequenza dei disordini e della loro varietà. Si può dire in generale che le operazioni od i traumatismi che agiscono sulla prima zona provocano una epistassi uterina od il richiamo delle regole sospese: la seconda zona apporta una epistassi od una anticipazione delle regole; la terza, che agisce sempre, può produrre tutti i disordini: la quarta agisce raramente ed, a parte l'epistassi, può provocare tutte le varietà.

4) Questi differenti disordini della menstruazione non sembrano avere una influenza cattiva sulla salute delle ammalate, possono agire sfavorevolmente solo per la preoccupazione da cui sono prese alcune donne per un disordine qualunque della loro menstruazione.

5) Egli è difficile asserire quale causa induca questa perturbazione, se cioè la commozione nervosa, la febbre traumatica, la perdita di sangue ecc. È probabile che queste cause agiscano insieme.

Vaginismus; By J. W. Wright. (*British Médical Journal*. N. 41, 1875).

Lo spasmo dello sfintere della vagina all' applicazione di uno stimolo, ed il dolore che la donna ne risente, vennero considerati dal dott. Burns di Glascow come dovuti ad una iperestesia del nervo pudendo, ed egli sovènti faceva la nevrotomia di detto nervo a scopo terapeutico. Anche Simpson opina che il miglior trattamento sia la divisione del nervo, ma non si accorda con Burns nel processo operatorio. La cura però non era che palliativa, poichè qualche tempo dopo ritornavano i dolori e lo spasmo continuava. Cousty e Till trattano l'affezione mediante una forzata dilatazione sotto l'azione del cloroformio. Scanzoni. si oppone all'uso del tagliente e gli è sempre riuscito di portar sollievo all'inferma, togliendo ogni complicazione infiammatoria ed esercitando una graduata dilatazione mediante speculi di vetro graduati. Barnes ha curato molti casi con metodo simile a quello di Scanzoni, ma si avvenne pure in casi in cui il tagliente arrecò pronto ed efficace sollievo.

Nell'anno 1857 Marion Sims ebbe sotto la sua osservazione, per la prima volta nella sua pratica, un esempio tipico della malattia, che egli descrisse minutamente. In due o tre anni successivi altri casi gli si presentarono; per cui egli divisò una operazione fortunatamente di effetto certo e duraturo. Il seguente caso osservato da Wright dimostra la bontà del metodo di Sims. M. B. di 25 anni, di sana e robusta costituzione fisica consultò il suo medico per disturbi uterini. Fatto il riscontro vaginale, il medico le disse che era incinta e che il travaglio del parto sarebbe stato lungo e doloroso ed avrebbe richiesto ad un tempo e cloroformio e strumenti. Non appagandosi all' idea di essere gravida, consultò pure il dott. Wright, il quale constatò la gravidanza inoltrata ed un vaginismo molto spiccato. Il suo esame fu molto tormentoso per la donna, ed a mala pena potè introdurre l'indice della mano destra nella vagina. All'assicurazione di Wright che ella trovavasi negli ultimi giorni di gravidanza, rispondeva che ciò non era possibile, dal momento che non eravi mai stato completo avvicinamento sessuale. Cinque giorni dopo veniva liberata col forcipe di un fanciullo a termine. Indotta qualche tempo dopo a lasciarsi operare col metodo di Sims, più non si ripeterono i fenomeni del vaginismo e d'allora in poi gli atti coniugali poterono compiersi come di norma con reciproca soddisfazione.

Traitement des écoulements vaginaux; par M. Guibout, (*Gazette des hôpitaux*. N. 16, 1875).

L'anemia, la debolezza, lo spossamento che ne risultano, l' avversione che inspira la donna che nè è affetta, la sterilità che ne è qualche volta l'effetto, il pericolo per l'uomo di contrarre la blennorragia nei rapporti sessuali, fanno del trattamento della leucorrea vaginale, sia essa infiammatoria o no, delle questioni più interessanti pel medico pratico, che è di frequente consultato per simile affezione. Ora, seconde Guibout, il trattamento ordinariamente messo in opera, sia contro la leucorrea, sia contro lo scolo blennorragico e consistente in iniezioni sarebbe destituito di ogni efficacia! Il mezzo sovrano per guarire prontamente in otto o dieci giorni sarebbe il tamponamento eseguito mediante filaccie imbevute in una soluzione astringente. L'autore dà la preferenza ad una soluzione di tannino (25 grammi di tannino per 100 di acqua), e rinnova il tamponamento tutti i giorni facendolo precedere da iniezioni detersive. L'azione del tampone, dice l'autore si spiega facilmente. Ecco il come: « ils fout l' office de corps étrangers restant à demeure sur des surfaces qui n'y sout pas habitués, modifient la vitalité de ces surfaces malades (sic!!). L' autore ritiene come contro indicazioni formali a questo trattamento la menstruazione ed ogni malattia acuta intercorrente.

De la metrite parenchymateuse aiguie; par Alphouse Guérin, (*Annales de gynécologie, Iunvier, Février*, 1875).

Benchè la metrite parenchimatosa e la metrite interna si compli-

chino frequentemente, pure qualche volta si osservano isolatamente e devono esattamente distinguersi. Etiologia, anatomia patologica e semiologia forniscono criterii alti a farne una distinzione netta e precisa. Benchè impropria la denominazione di parenchimatosa, pure l'autore non crede che si debba accettare la nuova denominazione di metrite muscolare: si correrebbe rischio di gettare, in una questione già difficile, una confusione maggiore. Mentre la menstruazione giuoca una gran parte al punto di vista dell'eziologia nell'una e nell'altra forma morbosa, il parto invece non ha alcuna influenza sullo sviluppo della metrite interna, e ne esercita invece una importantissima come causa di metrite parenchimatosa. L'autore è convinto che l'applicazione dei pessarii è causa frequentissima di metrite parenchimatosa, ed incolpa il raddrizzatore uterino di Simpson di aver prodotto molte metrite, all'epoca in cui Valleix lo introdusse in Francia. Quanto all'anatomia patologica, l'autore insiste in modo speciale sull' aumento di volume dell'organo, manifesto sin dai primordii dell' affezione e dovuto non solo all' ipertrofia delle fibbre muscolari ma anche all' ingrandimento della cavità uterina. Tale aumento di volume non esiste nella metrite interna malgrado l'asserzione contraria di qualche autore. Quanto alla questione cotanto dibattuta, se il tessuto uterino possa suppurare, G. ritiene che i casi di suppurazione sono affatto eccezionali, e che nei casi in cui venne constatata, trattavasi di infezione purulenta per cui sinora non si può ammettere la suppurazione come una delle terminazioni possibili della metrite parenchimatosa. I sintomi non sono meno netti dell'anatomia patologica. Prescindendo dai dolori notevoli per la loro intensità, dall'aumento di volume del collo, dall'aumento di peso del viscere, l'autore ferma la sua attenzione specialmente sulla dilatazione del colle da lui non mai constatata nella metrite interna. Quanto alla terapia oltre al sanguisugio locale e generale, ed alle frizioni mercuriali, ai bagni tiepidi, raccomanda caldamente le preparazioni oppiate a dose elevata (15 a 20 centigr. di estratto di oppio nelle 24 ore).

L'autore insiste pure sopra una esatta distinzione fra la metrite parenchimatosa puerperale e la pioemia, che ha nell'utero il suo punto di partenza. Esse non hanno di comune che la loro origine puerperale, ma ne differiscono pei loro sintomi, pel loro decorso, per la loro gravità ed esigono opposto trattamento.

De l'application locale d'acide nitrique dans l'endométrite du col et du corps; par le docteur Woodbury, (*The American Journal of obstetrics*, 1 febbraio 1875 e *Annales de gynécologie*, Avril 1875).

L'autore ritiene che si debba preferire l'acido nitrico a tutti gli altri mezzi nel trattamento di tale affezione, egli ha trattato in tal modo più di 50 casi di endometrite del collo o del corpo, ottenendo una guarigione pronta e duratura. L' istrumento, di cui si serve l' autore onde portare il rimedio a contatto della mucosa si compone di

un tubo di vetro presentante alla sua estremità, destinata ad essere portata nel collo uterino, una curvatura simile a quella dell' isterometro. In senso inverso di questa prima curvatura ed a poca distanza dall'altra estremità, esiste una seconda curvatura, onde permettere alla mano dell'operatore di agire all' infuori dell'asse del tubo, e non impedire la vista. Questo tubo arrotondato alla lampada a ciascuna delle sue estremità è lungo 17 a 18 centimetri ed il suo diametro è tale da poter essere introdotto facilmente nella cavità del collo. Il tubo è attraversato da una molla di acciaio più lunga di esso di 4 a 5 centimetri. L'estremità di questa molla che deve penetrare nell'utero, è munita di un piccolo tampone di cotone, e l'altra estremità è terminata da un manico. Volendo servirsi di questo strumento s' imbeve la pallottolina di cotone del liquido caustico e si fa quindi rientrare nel tubo: spinto poi questo nella cavità uterina, previa applicazione dello speculum, si spinge l'asta contenuta nel tubo onde far escire la pallottolina di cotone ed in tal modo si cauterizza. Benchè l' autore consideri l'acido nitrico come il mezzo più efficace, adopera nondimeno qualche altra sostanza come la tintura jodica e l' acido fenico. Levati accuratamente i prodotti di secrezione della mucosa, Woodbury fa dapprima un' applicazione di acido nitrico, quindi al terzo giorno impiega l'acido fenico o la tintura di iodio ed al quinto giorno fa una nuova applicazione di acido nitrico. Nei casi ordinarii il numero totale delle applicazioni di acido nitrico non eccede mai le quattro o le cinque. Dopo ciascuna applicazione l'autore, pone nella vagina, a traverso lo speculum, un tampone di cotone imbevuto di una miscela di acido fenico e di olio di ulivo nella proporzione di uno a sei, ovvero di estratto acquoso di cicuta.

La fievre puerperale ni esiste pas; par le doctor SINDEY (*Annales de gynécologie*, mars et avril 1875).

È nello spirito della medicina moderna il tentare di sostituire ad una formola sintomatica vaga, una più precisa formola anatomica che definisca il sostrato della malattia. Sono quindi lodevoli gli sforzi con cui l' autore procura di cancellare dalla terminologia ginecologia l' espressione febbre puerperale, e sostituire, altre espressioni che ci rammentono il concetto anatomico che va unito all' imponente sindrome morbosa, che disgraziatamente non troppo di rado osservasi nel puerperio. La febbre puerperale, dice l'autore non solo non esiste a titolo di malattia distinta, essenziale, ma sotto tale vaga denominazione si sono confuse affezioni differenti aventi una sintomatologia propria con decorso speciale, un pronostico di uso e di cui è possible fare la diagnosi differenziale. I fatti su cui si appogggiano gli essenzialisti per ammettere la febbre puerperale senza lesioni sono rarissimi e questi discutibili. Le tre osservazioni pubblicate da Tamier nella sua tesi ed invocate a favore della essenzialità della febbre puerperale nella famosa discussione accademica del 1858, non sono punto

dimostrative. Nella prima l'ammalato presentò segni manifesti di peritonite ed all'autopsia non si parla del peritoneo Nella seconda si parla di un detrito nerastro tappezzante la faccia interna dell' utero. Nella terza si dice che la faccia interna dell' utero è fetida e di un grigio nerastro (metrite gangrenosa?), d'altra parte sono riportati molti casi, in cui ad un esame superficiale non erasi riscontrata alcuna lesione, mentre ad un esame più diligente si rinvennero poscia alterazioni diverse. Non potendo negarsi la loro costante presenza, in vista della loro varietà, si disse che esse erano secondarie ad una affezione generale, alla febbre puerperale. Ma appunto tale varietà si oppone a questa interpretazione. Infatti alle altre malattie febbrili d'infezione esistono lesioni identiche costanti e sono precisamente questi caratteri che servono a specificarle.

Le affezioni che danno luogo al complesso dei sintomi raggruppati sotto la denominazione di febbre puerperale sono la peritonite, la metrite la flebite e la linfangoite uterina è causa della frequenza della esistenza simultanea della peritonite colla metrite; quasi tutti gli autori hanno descritto una metro-peritonite puerperale.

L'autore crede però che sovente si sono confuse colla metrite vera altre affezioni, quali la flebite o la linfangivite. L'osservazione insegna che nelle epidemie puerperali si trova soventi del pus nelle pareti uterine; ma oggidì è ben stabilito che questo pus non è il risultato di una fusione purulenta del parenchima uterino infiammato, ma appartiene invece esclusivamente alla linfangivite ovvero alla flebite.

Lo stato dell'utero chiamato, da Bou putrescenza dell'utero, da Lucolh rammollimento gangrenoso, da Donyau metrite gangrenosa è caratterizzato da un decorso rapidamente fatale con brivido unico, temperatura elevata, stato tifoso, fetidità dei lochi e della diarrea. Più difficile torna il distinguere la linfangivite dalla flebite, intanto ove si pensi alla ricchezza, alla posizione superficiale sotto peritoneale delle reti e dei tronchi linfatici, alla posizione profonda dei seni venosi, alla superficialità dei focolai purulenti in corrispondenza degli angoli e dei bordi dell'utero, si resta convinti, che la maggior parte delle osservazioni di flebite non sono che casi di linfangite. Il grande vaso circolare situato alla congiunzione del collo e del corpo dell'utero non è che un vaso linfatico, sino a questi tempi considerato a torto come una vena. Nella linfangioite il brivido d'invasione ha una intensità minima e si mostra poco tempo dopo il parto in genere dal primo al quarto giorno, la febbre presenta variazioni termiche poco sensibili alla mattina ed alla sera e dura durante tutta la malattia con una intensità proporzionale alla gravità. Nella linfangioite il dolore è costante, fisso, permanente estremamente vivo in relazione colla superficialità dei linfatici o colla vicinanza del peritoneo. La linfangioite è più localizzata, concentrata intieramente nell'addome e determina rapidamente una peritonite che la maschera e prende il suo posto nel-

l'apparato sintomatico. Nella flebite il brivido iniziale appare più tardi, raramente prima del sesto giorno, è esternamente violento, dura quindici, venti, trenta minuti, gli regna una febbre di 40 e più gradi seguita da una remissione di più gradi, a cui può tener dietro dopo un periodo vario di remissione e di apparente miglioramento, un nuovo violento brivido con temperatura elevata e così di seguito in modo affatto irregolare. Nella flebite il dolore è lungi dall'essere così costante e così manifesto come nella linfangioite. La flebite dà luogo a fenomeni addominali poco intensi, ma essa rivela la sua esistenza con lesioni multiple, che fanno testimonianza della marcia invadente e progressiva della pioemia nella economia animale.

Swei Zälle von haematokolpos und haematometra bei atresie des mittleren drittels des vagina, bei douen nach der punction heilung eintrat. Due casi di ematocolpo e di ematometra in causa di atresia del terzo medio della vagina guariti colla punzione; von WINCKEL. (*Vierteljahrschsift f. d. prakt. heilh.* I *Bd.* 1875).

Caso 1°. — Una ragazza provava da 12 mesi i segni precursori della menstruazione senza avere flusso sanguigno. Alla palpazione sentivasi un tumore della grandezza di un pugno, elastico, poco dolente, che sorpassava la sinfisi pubica. Tale tumore sentivasi anche colla esplorazione rettale. I genitali esterni e l'imene erano normali. La vagina era chiusa nel suo terzo medio: quivi aveva principio il tumore.

La punzione venne fatta dalla vagina durante la narcosi e si evacuarono 20 grammi circa di sierosità. Venne fatta poco dopo un'altra puntura, colla quale si evacuarono 250 grammI di sangue di data antica.

Il fondo dell'utero prima della seconda punzione arrivava all'altezza dell'ombellico, e a destra dell'utero si sentiva un tumore vermiforme, doloroso, la tuba dilatata. Mentre lo stato della paziente andava peggiorando, sotto doglie analoghe a quelle del parto venne espulsa dalla vagina una considerevole quantità di sangue e la paziente guarì. Colla sonda uterina si potè passare comodamente pel canale vaginale, che in seguito però avrebbe richiesto una dilatazione.

Caso 2°. — Una ragazza di 17 anni, non ancora menstruata, si accorgeva da qualche tempo dell'aumento di volume del ventre, accompagnato da difficoltà crescente nel mingere. La palpazione fecesi conoscere al disopra del quale un tumore elastico, che si approfondava nella piccola pelvi. L'urina veniva emessa con difficoltà. La vulva e l'imene erano normali. L'atresia della vagina trovavasi tra la parte media ed inferiore di essa. La punzione fu seguita da ottimo risultato.

Déchirure complète du périnée, périnèoraphie pratiquée avec succès; par le professeur TRÉLAT, observations et reflexions par Ory interne des hôpitaux (*Annales de gynécologie*, Mars, 1875).

Nelle lacerazioni complete del perineo, le probabilità di successo sono di gran lunga minori che nelle lacerazioni incomplete; le contra-

zioni dell'ano, l'espulsione delle materie fecali, l'estensione della rottura sul setto retto vaginale, strascinano con loro difficoltà speciali, e malgrado l'abilità dell'operatore, la più brillante operazione plastica può riuscire inutile, se cure multiple non riescono a prevenire o a scongiurare le conseguenze svariate delle cattive condizioni locali. Prima d'intraprendere una operazione riffatta, Trélat annette speciale importanza a stabilire una costipazione abituale, poichè se l'alvo è diarroico occorrono numerose medicazioni, le quali benchè disturbino l'ammalato ed impediscano più o meno il coalito delle parti, sono pur tuttavia necessarie, perchè le materie fecali e le urine s'infiltrerebbero lungo il tragitto dei fili, irritando, tumefacendo le parti messe a mutuo contatto, ed esponendole alla suppurazione ed allo sfacelo. Per ciò che riguarda l'operazione l'autore insiste sopratutto sull'utilità delle suture profonde incavigliate di Roux. Fa pure notare come sia di molta importanza il levare i fili a tempo opportuno. Nel caso di Trélat la mancanza di riunione completa, in sulle prime ha necessitato un ritardo nell'ablazione delle anse di sutura incavigliata, ritardo che indusse la formazione di tragitti fistolosi e di escare longitudinali profonde, ai quali inconvenienti si ovviò felicemente immobilizzando le parti, mediante un perfetto avvicinamento delle natiche ed una grande sorveglianza all'atto della defecazione.

Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale; par M. Demarquay. (*Société de chirurgie. Séance du* 28 *octobre* 1874. *Annales de gynecologie. Fevrier* 1875).

Demarquay fa conoscere alla società un processo da cui ebbe splendidi risultati, mentre antecedentemente ebbe occasione di fare una serie di operazioni per guarire fistole retto-vaginali, senza riescirvi. L'Autore ascrive la causa di tali rovesci all'accumulo delle materie fecali nell'intestino crasso, al loro volume e sopratutto alla resistenza dell'ano quando si trattava di evacuarle: durante gli sforzi della defecazione la cicatrice si rompe in totalità od in parte e le materie passano di nuovo per la vagina. Un'altra condizione anatomica d'insuccesso è la tensione nel senso trasversale della parete inferiore della vagina. Per fare scomparire queste cattive condizioni, ecco il processo messo in opera dall'Autore sopra di una giovane donna affetta da larga fistola retto-vaginale, cagionata da una infelice manovra di strumento tagliente nell'ablazione di un polipo uterino. L'operazione deve essere divisa in due tempi. L'operazione preliminare ha per iscopo di fare scomparire gli ostacoli che si oppongono alla guarigione. Per ciò D. fende l'ano e la parete posteriore del retto sino al coccige come nell'operazione della fistola anale. Questa operazione ha per risultato: 1° di permettere un rilasciamento considerevole nella parete posteriore della vagina; 2° di permettere di operare la fistola dalla parte del retto a campo bene illuminato; 3° di permettere la facile evacuazione delle materie fecali.

Il secondo tempo della operazione si compie, come nella fistola vescico-vaginale, col metodo americano. Ciò si pratica facilmente in causa del rilasciamento delle parti per l'incisione profonda dello sfintere. Grazie a questa incisione, non solamente le materie non soggiornano nel crasso intestino, ma se ne provoca facilmente l' espulsione mediante un legger lassativo. Iniezioni di acqua fresca sono fatte ogni giorno in vagina. Siccome non vi ha tensione nelle parti riunite, si possono lasciare i fili in posto finchè si desidera. Demarquay propone di lasciarli da 8 a 10 giorni. Quanto alla incisione profonda dell' ano, costituente il primo tempo dell'operazione, a poco a poco la piaga si cicatrizza e guarisce completamente, precisamente come si trattasse di una operazione di fistola all'ano. L'ammalata di Demarquay guarita dalla fistola e dall'operazione preliminare, tratteneva benissimo le sostanze fecali come se lo sfintere non fosse stato interessato. Alla obbiezione di premettere una operazione grave, l' Autore risponde che egli l' ha praticata di frequente senza alcun inconveniente onde facilitare operazioni nel retto, e che in una infermità così ributtante non si deve lasciare intentato alcun mezzo onde assicurare l' esito della eperazione.

Nuovo isterotomo; del dott. Giuseppe Ruggi (*Rivista clinica di Bologna*, fasc. 2° e 3° 1875).

L'Autore usò molte volte il suo strumento senza alcun inconveniente in donne aventi il collo e la bocca dell'utero ristretta, come pure per fare sbrigliamenti della bocca dell'utero in casi di profuse metrorragie da ipertrofia fibrosa del collo. La parte tagliente dello strumento è rappresentata da due lame di acciaio ben temprato, incurvate sul piatto, larghe millimetri tre, e lunghe centimetri cinque, aventi due bordi, l'uno esterno tagliente, e l'altro interno ottuso. La lama destra essendo sormontata da un bottoncino ne risulta, che quando l'istrumento è chiuso e una lamina sormonta l' altra, il margine ottuso di quella di destra serve di difesa al tagliente di quella di sinistra e viceversa, od il bottone che sta nella lama destra sormonta l' apice della sinistra. Per questo insieme di cose la parte tagliente dello strumento è trasformata in una specie di sonda ottusa o di specillo bottonuto alquanto ricurvo al suo apice, che può con tutta facilità e senza alcuna tema introdursi nell'utero. Il divaricamento delle due lame si ottiene mediante un' asta scorrente nella cannula dello strumento, e mossa da una madrevite collocata alla parte inferiore del manico ed attaccantesi alla parte tagliente dello strumento mediante un sistema losangico di cerniera, posto entro l'estremità superiore della cannula, conformata a clava. Si può conoscere il grado di divaricamento delle lame mediante una scala di cui ciascun segno corrisponde ad un centimetro di divaricazione.

Traitement de l'épithelioma du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique; par M. A. Amussat, (*Gazette des hôpitaux*. N. 16, 22, 1875).

I risultati ottenuti, e tanto più la durata di essi, sono tali da incoraggiare i chirurghi ad agire energicamente e precocemente colla speranza di avere stabile successo.

In un lavoro pubblicato nel 1871 sul trattamento del cancro del collo dell'utero, l'autore aveva esposto cinque osservazioni di ammalate, operate colla galvanocaustica ternica.

Attualmente l'autore completa la relazione di quei fatti, e ne aggiunge dei nuovi. La prima ammalata operata nel mese di marzo 1867, ha vissuto sino alla metà del mese di luglio 1868. La seconda operata nel giugno 1867 è ancora vivente e non presenta recidiva. La terza operata nel luglio 1868 di un tumore encefaloideo, ne soffriva molto nel 1872: d'allora in poi non ne ebbe più notizia. La quarta, in cui non aveva potuto che levare una parte della neoplasia nel dicembre 1869, morì nel 1871. La quinta, alla quale l'autore aveva fatto l'amputazione del collo per un tumore epiteliare voluminosissimo, è tuttora vivente e robusta e non presenta recidiva. L'autore fa quindi seguire le storie di cinque ammalate a cui praticò l'amputazione del collo col suo divisore galvanico per tumori cancerosi del collo dell'utero: in quattro di esse ebbe una cicatrizzazione completa; nella quinta non ebbe che risultati incompleti per la estensione del male. L'autore fa molto calcolo sull'essutorio stabilito ad un braccio, quale mezzo di assicurare la guarigione o quanto meno di ritardare una recidiva.

Ueber die behandlung der carcinome des cervix uteri bei alkoholischer bromsolution. Sul trattamento del carcinoma del collo uterino colla soluzione alcoolica di bromo; von Henneberg. (*Viertel. Jahrschrift f. d. prakt. Heilh.* I. *Bd.* 1875).

Riferisce sei casi in cui trovò utile l'indicata soluzione nelle proporzioni di una parte di bromo a cinque di alcool. Il rimedio venne applicato mediante un tampone. Henneberg esperimentò pure l'azione della soluzione di bromo su tumori esportati. In un carcinoma di recente esportato, dopo l'azione della soluzione di bromo, trovò le masse carcinomatose quasi intieramente scomparse.

Zur amputation des gebürmutterhalses. Contribuzione allo studio dell'amputazione del collo dell'utero; von D. Oberducht. (*Beictr. zur Geburtsk. u. synuk. B. d.* III, 1874 *vierteljahrscrift f. die prakt Heilk I B. d.* 1875).

È un accurato rapporto fatto da Oberducht assistente del prof. Hegar in Friburg sopra 99 casi in cui venne praticata tale operazione per svariate condizioni morbose. Fra queste primeggiano per frequenza i cronici infarti (25) il prolasso dell' utero nel quale venne praticata come operazione preliminare (17) ed il carcinoma (15). Ad eccezione di 4 casi operati colla guillotine di Sims, di quattro operati coll'écraseur, di un caso operato colla galvano-caustica, gli altri vennero ope-

rati col coltello e colle forbici. Hegar preferisce la posizione supina per le donne affette da prolasso totale dell'utero, la posizione laterale per gli altri casi. La narcosi ordinariamente non è necessaria. Nessun caso decorse letalmente. Nei casi di carcinoma si ebbe la riproduzione 3 18 mesi dopo l'operazione: pure in un caso dopo 3 anni e mezzo non erasi ancora manifestata la recidiva. I risultati migliori si ebbero nelle ulcerazioni del collo, anche ribelli al trattamento col ferro caudente. Anche nel prolasso dell'utero l'azione dell'operazione fu favorevole, ma specialmente perchè si faceva seguire ad essa la colpoperineorafia. Pure in quattro casi ne ebbe ottimo risultato alla semplice escissione ad imbuto (Krichterförmige Excision). Ciò si spiega perchè l'utero allegerito s'innalza di nuovo, e cessa la pressione della porzione vaginale sulle parti circostanti. In 24 casi di sterilità con conicità del collo e stenosi cervico-uterina con o senza flessione, dopo l'operazione si ottenne il concepimento soltanto due volte. Non furono migliori i risultati ottenuti nella dismenorrea. In genere la prima menstruazione susseguente non era dolorosa, ma più tardi si formava una stenosi del canale per retrazione della cicatrice.

Des polypes fibreux à apparition intermittente; par Demarquay et Saint-Vel, (*Annales de gynécologie*, Avril, 1875).

I polipi fibrosi uterini presentano un fenomeno che non è molto raro e colpisce per la sua singolarità, già avvertito da Lisfranc e Aran, l'intermittenza cioè della loro apparizione. Tale fenomeno osservabile specialmente nelle epoche menstruali viene generalmente attribuito alle contrazioni uterine che accompagnano i flussi menstrui e che si ritengono in special modo favorevoli alla espulsione dei polipi uterini. Ora gli autori si dimandano se tale apparizione, benchè favorita dalla menstruazione, dalla menorragia o dalla metrorragia, possa prodursi all'infuori di queste condizioni. La risposta è affermativa, a condizione però che il polipo sia molto vascolare. Il polipo non resta straniero ai fenomeni che egli determina sull'utero: a questo connesso con legami cellulari, muscolari e vascolari esso partecipa alle congestioni da esso provocate, e fra il tumore e l'utero si trasmettono diverse reazioni. La congestione periodica dell'utero collegata colla menstruazione ovvero la congestione accidentale provocata dal tumore e conducente ad una metrorragia, possono riverberarsi sul polipo vascolare, determinante la turgescenza e quindi la fuoruscita, e allorquando il fenomeno cessò, lo sgorgarsi del tumore segue lo sgorgarsi dell'organo, ed il suò ritirarsi in cavità permettono all'orificio di rinchiudersi sino a che il rinnovarsi di simili condizioni riconduca una nuova apparizione del tumore. Tali vedute sono giustificate da alcune osservazioni degli autori, in cui polipi ad apparizione intermittente presentavano una struttura eminentemente vascolare. Il trattamento chirurgico dei polipi, intermittenti non differisce da quello degli altri polipi; solamente la relazione che esiste in certi casi fra l'apparizione

del tumore e la menstruazione solleva una questione interessante. Si deve operare durante l'epoca menstruale ovvero attendere che sia passata e intervenire nell'epoca intercalare? Gli autori si pronunciano in favore della operazione immediata.

De quelques accidents consecutives à la compression incomplète de la vessie et du rectum par les corps fibreux utérins interstitiels, par M. H. Jourestié (*Gazette Médicale de Paris*, N. 6 7).

Da osservazioni altrui e proprie l'autore desume le seguenti conclusioni:

1) La compressione incompleta della vescica e del retto, esercitata da fibromi uterini interstiziali, basta per apportare accidenti seguiti da morte.

2) La compressione incompleta del retto, può apportare un ostacolo completo al corso dei gas, con incontinenza delle materie fecali liquide.

3) Gli accidenti per parte del rene possono passare inosservati: quindi tutte le volte che si è constatata la presenza di un fibroma uterino interstiziale e che non si possa spiegare altrimenti uno stato generale facendo presagire una morte prossima, si deve pensare a lesioni renali.

4) Le lesioni renali possono essere occasionate non solamente da piccoli fibromi interstiziali, ma anche da quelli obbligati dal loro volume ad elevarsi al disopra del piccolo bacino.

Ablation de certains polypes de l'utérus; simplification operatoire par le docteur Gréniot, (*Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, May, 1875).

L'opinione comune, secondo la quale il vero tempo di elezione, il momento opportuno per eseguire l'operazione sarebbe quello in cui il tumore occupa una parte più o meno notevole della cavità vaginale, è a dire di G. suscettibile di gravi obbiezioni. Ciò si opina senza dubbio nell'idea che gli attacchi del tumore subiscano un reale assottigliamento e che avvicinandosi all'esterno divengano quindi più facili a dividersi Ma allorquando il polipo si avvicina poco a poco alla vulva non è punto in virtù di una discesa in massa del tumore, ma bensì in ragione dello sviluppo graduale del suo volume, cosicchè se la sua estremità libera si avanza verso l'esterno, gli attacchi non cessano di avere la stessa elevazione. La presenza del tumore in vagina rende inoltre più difficile l'accesso al peduncolo, che se poi si trae il tumore completamente al difuori, una tale manovra è violenta, qualche volta molto pericolosa e non rischiara sempre con sicurezza l'osservatore.

Anche nei polipi ancora rinchiusi nella cavità uterina, purchè questa offra un certo grado di dilatazione della sua apertura, l'autore considera il tumore, in generale, perfettamente accessibile ai nostri mezzi di escisione. Due punti principali caratterizzano la semplificazione operatoria da lui proposta e sono:

1) La soppressione dell'abbassamento preliminare sia del tumore sia dell'utero.

2) L'applicazione sulla estremità aderente del polipo di un' ansa metallica solida, portata nell'utero coll'aiuto del costrittore di Maisonneuve, imitando a tal uopo il modo d'introduzione delle branche del forcipe.

Per essere applicabile il metodo operatorio, l'orificio uterino deve essere sufficientemente dilatato e la matrice non deve offrire una depressione nè del fondo, nè delle pareti che possa far tenere l'esistenza di una invasione parziale.

Polipo uterino esportato mediante la legatura elastica; del professore Angelo Scarenzio. (*Commentari di medicina e chirurgia*, 1874).

La casuistica dei polipi uterini operati colla legatura elastica venne ad arrichirsi di una nuova osservazione fatta dal prof. Scarenzio. Trattavasi di donna di 46 anni, molestata da reiterate ed abbondanti emorragie, che l'avevano portata al sommo grado dell'anemia. Scarenzio si servì della doppia cannula di Leoret, passandovi un doppio cordoncino elastico dei più sottili, di modo che i quattro capi liberi sporgessero dalla estremità munita di padiglione ed un'ansa doppia del diametro di 5 a 6 centim. restasse foggiata all'opposta parte. Fatto sormontare dall'ansa il corpo del polipo e spinto all'insù l'istrumento, fece stirar dall'assistente i quattro capi liberi alla massima tensione, annodandoli poscia sul tramezzo esterno della cannula. Onde ottenere poscia che la forza elastica del laccio agisse tutto all'intorno del peduncolo, fece eseguire alla cannula un giro completo da destra a sinistra, lasciandola poi libera e fermando i capi del cordoncino alla coscia destra. Al sesto giorno della applicazione la cannula rendevasi libera, ed il tumore resosi libero nella vagina veniva estratto uncinandolo coll'indice. Il successo dimostrò come fosse male fondato il timore del dott. Belli, che la piegatura dell'ansa alla estremità superiore della cannula avesse a porre ostacolo alla trazione del filo, d'onde veniva a lui l'idea di uno speciale apparecchio ora dimostrato non necessario.

Ueber die Behandlung der uterus fibrome und Myome durch subcutane Injectionen von Ergotin-Lösungen; von Hildebrandt, *Sul trattamento dei fibromi e miomi uterini mediante le iniezioni ipodermiche di ergotina.* (*Beitr. Z. Geburtsk. w. Synük.* III. Bd. 1874).

Ove i fatti enunciati dall'autore, trovassero ulteriore conferma per parte di altri sperimentatori, un tale metodo terapeutico sarebbe una vera risorsa pel ginecologo, che bene spesso non può intervenire che sintomaticamente in tale affezione. L'autore raccoglie in tre gruppi i casi da lui osservati, nei quali mise in pratica il suo metodo. Appartengono al primo i casi in cui i sintomi si dissiparono, ed il tumore rimpiccioli; al secondo quelli in cui il tumore rimase quasi stazionario, ma si attenuarono di molto le sofferenze; al terzo quelli in cui le iniezioni rimasero senza effetto. Nei cinque casi del primo gruppo i tumori

erano della grossezza di un pugno e scomparvero con 26 a 62 iniezioni. Una condizione essenziale pel buon successo sembra essere che il tumore possa essere compresso dalle contrazioni uterine: quindi il miglior pronostico lo offrono i tumori molli elastici. Si richiede pure per conseguenza che le pareti dell'utero sieno sane, capaci di contrarsi. Offrono perciò i peggiori risultati quei casi in cui esiste una metrite parenchimatosa, una para, od una peri-metrite. Anche la sede del tumore è importante per la prognosi. I fibroidi sotto-mucosi, gli intramuscolari, i sotto-peritoneali si succedono nel riguardo del pronostico. L'autore adopera una soluzione di estratto di segale cornuta nelle proporzioni di 3 di estratto per 7,5 di glicerina e di acqua distillata, e pratica l'iniezione alla regione ombelicale. Le iniezioni superficiali sono le più dolorose ed il dolore ripete la sua origine da tre fonti diverse, la lacerazione meccanica del cellulare, l'irritazione locale dell'ergotina, che qualche volta induce l'ascesso, infine le susseguenti contrazioni uterine da essa provocate. Tale trattamento esige pazienza per parte del medico e dell'ammalato essendo necessarie 20 a 25 iniezioni almeno onde avere qualche effetto.

Zur Enucleation der intrapariétalen Myome des corpus uteri. Sull'enucleazione dei miomi interstiziali del corpo dell'utero; von August Martin (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. pauenter* I B. I H. 1875).

Ma le più recenti concquiste della ginecologia, la terapia operativa dei miomi interstiziali occupa il primo posto. Non sono ancora trascorsi molti anni dacchè tali neoformazioni si dichiaravano inaccessibili alle risorse dell'arte, e si abbandonavano le pazienti alle forze della natura medicatrice, combattendo soltanto, e molte volte senza successo, uno dei suoi sintomi capitali, l'emorragia. Conosciuti meglio gli sforzi con cui la natura si adopera onde guarire tale infermità, si tentarono vie più ardite onde conseguire tale scopo. Naturalmente nei primordii non potevano mancare i numerosi insuccessi, come avviene in qualunque grande operazione prima che essa prenda un posto stabile nella chirurgia. Si tentarono quindi mezzi meno radicali, si ricorse alle così dette operazioni preliminari che dovevano facilitare il compito della natura, si praticarono le incisioni del collo, la divisione della capsula, le incisioni del tumore. Nella letteratura medica sono indicati pochi successi ottenuti in tal guisa ed in genere si toccava al trattamento sintomatico. Ciò spiega anche l'entusiasmo con cui venne accolto il metodo di Hildebrandt, la pratica cioè delle sistematiche iniezioni di ergotina. Il successo per altro corrispose mediocremente all'aspettativa e già *a priori* si è autorizzati a credere, come del resto è dimostrato dall'esperienza, che solo tumori molto vascolari non ancora bene isolati dai tessuti circostanti, possono subire una regressione, in causa della prolungata azione esercitata dal rimedio sul sistema vascolare del tumore. Per contrario già nel 1867 Duncan colle sue pubblicazioni cercò di rimettere in onore l'enucleazione dei

tumori interstiziali, ed oggidì l' operazione viene sempre più accettata di giorno in giorno dai ginecologi ed ha trovato un meritato posto nei più riputati trattati di ginecologia (Braun, Courty, Hegac, Baruesch). L'autore opina che si possa operare, qualunque sia la sede del tumore anche quando questo si trova in parte di utero ricoperto di peritoneo, come insegnano le numerose recenti esperienze, e contrariamente alla limitazione fatta da Langenbeck. Una decisione è più difficile a prendersi quando siamo indotti a credere che il tumore si spinga fino alla sierosa.

L' autore è convinto che la scienza non possiede alcun mezzo sicuro per constatare la pericolosa vicinanza del peritoneo. Che se in un dato caso si avesse una tale convinzione e si ritenesse molto difficilmente inevitabile una lesione del peritoneo, si dovrebbe desistere dall'intenzione di enucleare il tumore per la via della vagina e adottare o il metodo di Spiegelberg, ovvero il metodo di Péau. Anche la prossimità della vescica non costituisce una controindicazione e l' esperienza dimostra che tanto la vescica quanto il peritoneo si possono evitare purchè si operi in guisa appropriata. L' autore insiste sulla grande utilità di rimandare l'operazione sino a che il tumore sia cresciuto sino a contatto della mucosa destando in tal modo dolori espulsivi e su questo frattempo raccomanda una cura emostatica ed una dieta roborante. Sono molti i vantaggi che derivano da tale sistema di aspettazione. Il tumore si isola sempre di più e si sciolgono quegli intimi legami fra tumore e tessuto uterino, che molte volte impediscono di completare l'operazione. Lo sviluppo del tumore comprimendo e atrofizzando la capsula che gli si serve di nicchia, rende meno temibile l' emorragia all' atto dell' apertura della capsula. Inoltre crescendo sempre più il tumore verso il cavo uterino, esso a guisa di corpo straniero eccita le contrazioni uterine, che rinforzate dall' uso della segale cornuta, preparano il segmento uterino inferiore, dilatano l' orificio e qualche volta in modo da renderlo accessibile agli strumenti, senza premettere manovre di dilatazione, difficili, tediose, qualche volta non esenti da pericoli.

L'autore consiglia la cloroformizzazione in tutti i casi: egli anche nei casi di avanzata anemia non osservò per essa conseguenze spiacevoli e ritiene la rilasciatezza delle pareti addominali da essa prodotta molto vantaggiosa e per circonscrivere il fondo dell'utero, e per controllare i progressi della operazione.

Se la capsula del tumore è ancora intatta Martin l' incide ampiamente sino agli estremi limiti del tumore, e non ebbe mai a lamentare imponenti emorragie ed attribuisce ciò alla scelta del momento della operazione dalle norme da lui stabilite. Dai casi pubblicati disgraziatamente non si può trarre qualche conclusione statistica sulle emorragie causate dalla divisione della capsula come pure sullo spessore di questa. I casi invece in cui emorragie già esistenti vennero

frenate dalla recisione della capsula indussero alcuni a raccomandare come metodo curativo l' incisione della capsula facendola seguire o meno dall' uso di preparati di segale cornuta. In tal modo si ottennero, è vero, alcuni successi ma in moltissimi casi insorsero minacciose complicazioni (per esem. sfacelo del tumore, setticoemia) da rendere necessaria l' operazione consecutiva, che eseguita in sfavorevoli circostanze, non poteva a meno di dare risultati sconfortanti.

Accanto alla enucleazione del tumore l' autore la pratica o colle sole dita, previa introduzione di metà o di tutta la mano, ovvero nei casi più difficili mediante una lunga stecca di avorio. Come strumento di presa e di trazione, Martin adopera un suo speciale strumento, composto di due branche, terminate ciascuna da due uncini mobili e fra loro articolabili come le cucchiaia di un forcipe. Nei casi in cui il canale genitale non è preparato ed il tumore per la sua massa non può escirne, l' autore non approva la massima di incidere la bocca uterina, ma preferisce di farne l' estrazione a pezzi. Le discrepanze degli autori intorno all' opportunità di operare in un sol tempo od in più tempi, M. le spiega colla diversa qualità dei tumori. Nei tumori molli ricchi di fibre muscolari e divari, si deve operare in un sol tempo onde evitare lo sfacelo del tumore e la setticoemia; nei tumori duri, fibrosi si può operare in due od in più tempi. Allontanato il tumore M. non crede necessario di ripulire, come fanno la maggior parte degli operatori, dai frastagli le pareti della cavità, di fare irrigazioni disinfettanti ed applicare il tampone imbevuto di percloruro di ferro. M. si limita a pulire la vagina, ed alle applicazioni fredde sul ventre, ad estrarre nei primi giorni l' urina col catetere. Emorragie consecutive non si mostrarono mai nei casi dell' autore.

Col migliorarsi dei processi operativi la mortalità è diminuita considerevolmente. West pei casi da lui raccolti stabilì una mortalità del 50 per 100. Sopra 50 casi raccolti da M. ne morirono sette, cioè 1 per emorragia, 4 per setticoemia, 1 per trombosi, 1 per peritonite da perforazione. Computando unitamente a questi, i sedici casi di Manuel si hanno 66 casi di enucleazione di fibromiomi interstiziali del corpo in utero non puerperale, con una mortalità del 12 per 100 di fronte alla mortalità del 50 per 100 di West. Nei suoi cinque casi M. ebbe quattro guarigioni ed un esito funesto.

L' autore quindi in base ai suoi studi ed alla sua esperienza, nella sua bella Memoria formula le seguenti conclusioni:

1) L' operazione è indicata quando il tumore aumenta rapidamente e provoca anccidenti minacciosi.

2) Il tempo più propizio per l' operazione si è allorquando per gli sforzi d' espulsione provocati dal tumore il segmento uterino inferiore abbia subito una specie di preparazione.

3) Si deve operare evitando possibilmente tutti gli istrumenti enucleatori.

4) Si deve compiere l'operazione in una sola seduta, se la consistenza del tumore lo fa supporre ricco di fibre muscolari di vasi.

5) Se i tumori sono duri, di compage più fibrosa si può compiere l'enucleazione in più sedute a seconda delle indicazioni.

6) Il trattamento consecutivo deve essere puramente sintomatico.

Enucleazione di un tumore della cavità dell'utero e studio fisio-patologico sulle alterazioni della sensibilità e del movimento sintomatiche delle malattie uterine; del dott. Mario Gommi, chirurgo della Repubblica di S. Marino (*Il Raccoglitore medico*, N. 4, 5 1875).

Prima di addentrarsi nelle disquisizioni fisiologiche, atte a spiegare la proteiforme varietà delle alterazioni di sensibilità e di motilità sistematiche delle malattie uterine, l'Autore espone diffusamente il caso che forma la base dei suoi ragionamenti. Trattasi di un neoplasma che dalla cavità dell'utero erasi fatto strada all'esterno dilatando, assottigliando e rovesciando in alto i labbri del muso di tinca. Questo tumore aveva preso nella parte fuoruscita forma cilindrica, era rosso-scuro, chiazzato di piccole macchie, color lavagna, ed aveva nel suo centro un foro, per necrosi di tessuto, che assai bene simulava l'apertura del canale cervicale. I medici consultati antecedentemente avevano diagnosticato, quali una metrite e l'avevano assoggettata a cure solventi, e le avevano praticato inutilmente iniezioni detersive ed astringenti. G. non riuscendo a trarre il tumore all'osculo vaginale esercitando trazioni colle pinzette del Muzeaux, ne esportò la parte fuoruscita coll'écraseur, ed insinuando quindi il dito tra tumore e cervice uterina con una forbice a punte ottuse riescì ad enucleare il tumore, che venne dichiarato un papilloma dal prof. Severi di Modena. Durante la cura consecutiva l'inferma ebbe a soffrire iperestesie, nevralgie alle coscie e al ventre non solo, ma di tanto in tanto l'inferma veniva presa all'improvviso da forte senso di freddo, che cominciando dalle natiche, giù giù per i trocanteri giungeva fino ai ginocchi, ed intanto la pelle facevasi pallida, aggrinzita colle pupille irte, mentre la temperatura mantenevasi normale. Un altro fenomeno importante era la diminuzione del senso e della forza muscolare negli arti inferiori. L'Autore tenta appunto in base all'anatomia ed alla fisiologia di spiegarsi tali fenomeni. Sull'autorità di Tiedemann, di Vierordt, di Hyrtl, di Robert Lee, accettato come fatto scientifico che nervi della vita animale vanno all'utero pel plesso sacrale, l'Autore si spiega i dolori diffusi al ventre ed alle coscie, ai genitali colle anastomosi che intercorrono fra plesso sacrale e lombare. I fenomeni della cute anserina li spiega colle esperienze di Schiff, il quale ha provato che le irritazioni portate sulle regioni inferiori del midollo spinale producono un restringimento spannodico nelle arterie degli arti inferiori e le paralisi riflesse colla teoria del Brown-Sèquard.

Successful operation for the Removal of a large fibro-myoma from the fundus uteri. Grosso fibro-mioma del fondo dell'utero operato con successo; by Mr. Lawson Tait. (*The British an foreign medico-chirurgical Rewiew. april* 1875).

La paziente, di 34 anni, soffriva da cinque anni di un grosso tumore addominale che era sempre andato rapidamente crescendo. La menstruazione era profusa e vi erano di frequente sintomi di compressione negli organi pelvici. Il tumore era centrale e sorpassava di due pollici l'ombellico; era completamente solido e mobile coll'utero. Il tumore venne rimosso con una operazione identica a quella che si pratica per l'ovariotomia: il tumore aveva la sua origine dal fondo dell'utero, che venne rimosso unitamente ad esso. La guarigione fu rapida non interrotta da alcun accidente. Il clamp si distaccò al quindicesimo giorno Il tumore pesava undici libbre ed era un fibro-mioma.

Extirpation of the uterus for tumours. Estirpazione dell' utero per tumori; by D. Wood. (*The British and foreign medico-chirurgical Rewiew, april* 1875).

In cinque casi di ablazione dell'utero per fibromi dell'organo il dottor Wood riporta tre successi. Alcuni punti nel modo di operare del dott. Wood meritano speciale menzione. Egli assicura i vasi mediante legature, prima di dividere i tessuti, ravvolge le intestina nell'omento onde impedire che contraggano aderenze col moncone, e lascia le ovaie per quanto è possibile; perchè crede in tal modo che il loro spirito venga influenzato meno sfavorevolmente e sieno più atte ai piaceri della vita matrimoniale.

Extirpation of a fibro-cystic tumours of the uterus, together vith the uterus and its appendages. Estirpazione di un cisto-fibroma dell'utero, insieme coll'utero e suoi annessi; by E. H. Tunhelme. (*The British and foreign medico-chirurgical Rewiew, april* 1875).

Il tumore in questo caso pesava sedici libbre ed era aderente per una considerevole estensione agli organi vicini, fra cui all' intestino per l'estensione di circa dieci pollici, (an attachment to the bowel to the extent of about teu inches!!!). L'operazione fu molto laboriosa e venne terminata in due ore ed un quarto. Alle fine di essa sopravennero allarmanti sintomi di collasso, che scomparvero cogli stimolanti. A dispetto del vomito, che sembra essere stato cagionato dalla morfina ed attutito dall'aconito, la paziente volse a rapida guarigione.

Contributo anatomo-patologico-clinico del Cistovario; pel dott. Amilcare Baschieri, (*Il Raccoglitore medico*, N. 3 1875).

In una lettera diretta al chiarissimo dott. Peruzzi espone la storia di due casi molto interessanti, osservati nel P. Istituto di Mendicità di Bologna. Il primo riflette l' importanza sulla difficoltà diagnostica del cistovario; e conferma una volta di più, che non v'ha malattia la cui patologia sia tanto imperfetta, i cui sintomi più incostanti e la cui diagnosi più oscura. Si tratta di certa Sarti, di 65 anni, accolta nel-

l'Istituto perchè giudicata affetta da cisti ovarica sinistra. Visitata da moltissime celebrità chirurgiche, i più convennero trattarsi di cisti ovarica sinistra; per cui fu proposta l'applicazione di caustici, secondo la pratica Chopart e Desault, nell'intento di ottenere l'aderenza della parete addominale colla supposta cisti, per venire quindi alla paracentesi: più tardi fu proposta l'ovariotomia: ma fortunatamente a questi mezzi vi si oppose energicamente. Venuta a morte, l'utero e le sue appendici si rinvennero sanissime; e di tutti i visceri addominali solo il cieco offriva di notabile il volume quasi doppio dell'ordinario; e l'inserzione dell'ileo non rispondeva già alla fossa iliaca destra, ma per contrario a quella di sinistra, da cui aveva punto di partenza, e di lì il cieco si prolungava trasversalmente a destra; il peritoneo lo vestiva tutto facendogli una plica mesenterica, per cui appariva manifestamente chiaro come dovessero esser facilissimi i dislocamenti di quel viscere. La valvola di Bauhino era normale. — Il secondo caso è molto interessante per la sua durata e pel suo andamento. Trattasi di certa Taessi, di 84 anni, di professione lavandaia: in essa l'estrema magrezza disarmonizzava col ventre enormemente disteso, come se racchiudesse un utero gestante al nono mese. Il tumore aveva incominciato a svilupparsi 43 anni prima nel quadrante inferiore sinistro dell'ipogastrio; durata fuori delle regole generali stabilite dal Velpeau, Corbin, Bouteillier, secondo i quali la durata massima ordinaria sarebbe pel primo di 6 anni, pel secondo di 12 e pel terzo di 8 anni. Dal diligente quadro statistico di Safford Lee risulta che su 123 casi, 4 durarono da 20 a 25 anni ed 1 solo 50 anni. La donna sopranominata, colta improvvisamente da fieri dolori all'epigastrio, morì dopo cinque giorni di agonia. Alla sezione si trovò la faccia posteriore della parete anteriore del ventre immedesimata a quella di una voluminosa cisti, che riempiva quasi tutto l'addome: il suo estremo superiore sottostava al colon trasverso che vi poggiava sopra e vi aderiva; di contro all'ipocondrio sinistro, ove il colon s'inflette per discendere, l'unione fra cisti ed intestino trovavasi rotta: nel luogo di distacco vedevansi superfici gangrenose, sicchè tanto l'intestino che la cisti, erano corrispondentemente bucate da un'apertura grande quanto un soldo, a margini sottili ed irregolari. Nel resto la cisti aveva pareti grosse e resistenti e solo a toccarla uscivane il contenuto, in nulla diverso dalle materie emesse per secesso, e di queste non piccola parte trovavasi raccolta nel cavo peritoneale, ove avevano provocato peritonite mortale.

Sopra alcune osservazioni di tumori ovarici; pel dott. Spantigati, Chirurgo ordinario dello Spedale S. Giovanni. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino.* N. 2, 1875).

Sono quattro accurate osservazioni di tumori ovarici, comunicate alla R. Accademia medica di Torino nella seduta delli 8 gennaio 1875. La prima riguarda una voluminosa cisti ovarica, spontanea; la quale guarita dapprima, almeno apparentemente, per apertura spontanea nel

colon, aveva poi condotto a morte la paziente, perchè in seguito a disordini dietetici eransi lacerate le aderenze fra intestino e cisti con versamento di sostanze fecali. — La seconda e la terza sono interessanti dal punto di vista terapeutico, perchè in essi si ottenne stabile guarigione, in una mediante l'evacuazione e susseguente compressione, secondo i precetti di Butier Brown; nell'altra mediante l'evacuazione e susseguenti iniezioni iodiche. — Nel quarto caso si praticò l'ovariotomia per tumore fibro-sarcomatoso dell'ovaio sinistro con esito infausto, e avvenuto 36 ore dopo l'operazione e dovuto probabilmente alla grave commozione nervosa.

È questa la prima ovariotomia tentata nella provincia di Torino.

Tumeur kystique de l'ovaire prise pour une grossesse utérine, ovariotomie dans la période ultime; mort par epuisement; par M. V. Poulet, (*Gazette med cale de Paris*, N. 9).

Madama Géhin, di 47 anni, era stata dichiarata incinta a più riprese dal medico del villaggio ed ultimamente anche dalla levatrice, chiamata ad assisterla durante il parto. Questa, vedendo che i fenomeni si presentavano in un modo affatto insolito e che in special modo la matrice restava ostinatamente chiusa, chiese l'intervento ostetrico del dott. Poulet. La donna era molta emaciata, spossata dalla lunghezza della malattia, dalla febbre etica e dalla insistenza dei dolori. Questi erano intermittenti, ricomparivano di dieci in dieci minuti, simulando i dolori del travaglio, ma non erano accompagnati da contrazione. Il ventre era sviluppato come in una gravidanza a termine ed il suo sviluppo datava appunto da nove mesi prima, dalla quale epoca erale cessata la menstruazione. Il tumore era inclinato a destra e presentava quà e là delle bozze di maggior durezza. La paziente però non aveva mai avvertito i moti del feto, le mammelle erano flaccide, le areole pallide e strette, all'ascoltazione non udivasi che un rumore di soffio. Col riscontro vaginale Poulet trovò l'utero respinto a sinistra del piccolo bacino, mobile, di volume normale, a collo lungo e conico, come nelle donne che non hanno concepito; a destra e avanti dell'utero un tumore fluttuante.

Fatta per esclusione la diagnosi di cisti ovarica, si accinse all'operazione mediante una incisione di 22 centimetri. Evacuato il tumore, in mancanza di clamp, ne strinse il peduncolo con forte filo di seta, recidendo poi il tumore al davanti di essa. L'operazione non venne accompagnata da accidenti che meritino di essere ricordati. L'operata moriva 24 ore dopo per collasso.

On suppurating ovarian cystis. Sulle cisti ovariche suppuranti; by Thomas Keith. (*Edinburg Medical Journal, february* 1875).

L'Autore intende di dimostrare con questa sua memoria che nei casi di cisti ovariche infiammantesi acutamente, con esito di suppurazione, ovvero nei casi in cui sorgono fenomeni tifosi dopo la paracentesi, deve adottarsi come regola l'ovariotomia. A tal uopo l'Autore

espone sette storie cliniche di ovariotomie praticate in donne affette da cisti ovariche suppuranti, togliendole dalla seconda centuria di ovariotomie da lui praticate. La presenza quindi di febbre elevata, la compartecipazione del peritoneo al processo flogistico, non controindicano l'operazione, ma sembrano quasi indicarla quale ultima áncora di salvezza per le pazienti. Gli splendidi risultati ottenuti dall'Autore almeno, darebbero ragione a questa illazione. Infatti sopra sette casi di ovariotomie praticate in tali circostanze sfavorevoli, in cui l'ovariotomia è tediosa e difficile, Keith ottenne sei guarigioni.

Case of cistic tumour attached to kiduey simulating ovariau disease; extirpation of kiduey; recovery. Caso di cisti attaccata al rene, simulante una malattia di ovaio; esportazione del rene, guarigione; by A. Campbell. (*Edinburgh Médical Journal, July* 1874).

Benchè questo caso esca, strettamente parlando, dal campo ginecologico, ho creduto bene di riportarlo, perchè l'operazione fu intrapresa credendo si trattasse di cisti ovarica, e perché tutti i trattati moderni di ginecologia fanno menzione di simili errori diagnostici, sgraziatamente non coronati dallo stesso successo, occorsi ad alcuni celebri ovariotomisti.

Madama S. di 49 anni, vedova, fu ammessa nella infermeria il cinque novembre 1873. Essa aveva avuto cinque figli, l'ultimo dei quali tredici anni prima; e due aborti, l'uno dopo il secondo, e l'altro dopo il quarto figlio. Essa aveva goduto di buona salute prima di questa malattia. Diciotto mesi prima del suo ingresso aveva notato, per la prima volta, una tumefazione nella fossa iliaca sinistra, che andò sempre aumentando di volume specialmente negli ultimi due mesi. La paziente si sentiva languida, incapace d'ogni esercizio muscolare anche lieve: del resto la temperatura era normale, le funzioni respiratorie si compivano fisiologicamente, non vi era albumina nelle urine. Il tumore, mobile in tutte le direzioni, occupava la regione iliaca sinistra e parte della regione ipogastrica ed iliaca destra; e misurava sette pollici circa nel diametro più lungo e sei nel breve. Nella sua parte anteriore vi erano tre punti fluttuanti, della grandezza di un piccolo arancio, fra loro comunicanti. Al riscontro vaginale l'utero si rinvenne molto elevato. In seguito a consulto coi colleghi si decise di fare l'ovariotomia.

Il 2 dicembre vuotato il retto e la vescica, eterizzata la paziente, si praticò il taglio delle parti esterne come nella ovariotomia; e dal tumore, che aveva l'apparenza di una cisti moltiloculare, vennero evacuate, mediante un trequarti da ovariotomia due pinte e mezza di liquido Tirata fuori la cisti si trovò chè era fissata posteriormente, ed esaminato minutamente il cavo addominale, si trovarono amendue le ovaie di diametro normale, nella loro situazione normale e si conobbe che la cisti aveva il suo punto di partenza alla estremità inferiore del rene sinistro. Fu quindi stabilito di rimuovere ad un tempo

e rene e cisti. Una porzione d'intestino, adesa alla parte posteriore del tumore, venne accuratamente staccata colle dita. L'uretere sinistro ed i vasi renali vennero legati con un forte filo di canape e venne quindi rimosso il rene col tumore. Vi fu considerevole stillicidio, ma non emorragia propriamente detta, nel letto del tumore. Quattro vasi omentali vennero legati col caoutchout fenizzato di Lister, e l'addome venne quindi accuratamente pulito con spugne fine, previamente immerse in una soluzione acquosa di acido carbolico, e quindi nell'acqua calda.

Suture profonde di filo di seta e suture superficiali di crine di cavallo vennero usate alternativamente per chiudere la ferita, che fu poi ricoperta con un strato di garza antisettica e di filaccie. Il tumore era causato da una degenerazione cistica del quarto inferiore del rene, il cui rimanente era sano. La paziente il 9 aprile 1874 passeggiava nello stabili mento e faceva conto di ritornare a casa fra pochi giorni; la quantità d'urina era sempre stata copiosa e non vi fu mai nè albuminuria nè sintomi uremici.

ANALISI BIBLIOGRAFICA

Trattato sulle malattie degli organi orinarii; *del professore* GIUSEPPE CORRADI. — *Vol. I, Firenze 1874, di pag. 271, con 22 tavole incise e figure intercalate nel testo.*

Il saggio che il Prof. Corradi ci presenta, con questo I. Vol. della sua più recente Opera, è tale da persuadere chiunque come il lodevole scopo che egli si prefigge, quello cioè di raccogliere in un trattato didascalico tutto che è stato fatto specialmente dagl'Italiani intorno alle affezioni degli organi orinarii, sarà per essere pienamente raggiunto. Così l'Autore con sempre crescente merito figurerà nella illustre italiana coorte con Porta, Malagodi, Santopadre, Burci, Rizzoli, Palasciano, Pacchiotti, Ricordi, Landi, Toscano, Loreta ed altri.

Il Prof Corradi divide la sua Opera in due parti, ciascuna delle quali in più Titoli. Tratta nella prima parte gli argomenti generali. Incomincia ad esporre nel primo Titolo l'esame clinico e micrografico della orina, al precipuo scopo diagnostico, terminando colla chimica dei calcoli orinarii, loro composizione, genesi e forma; impiega il secondo Titolo nella esposizione della anatomia topografica della regione perineale, ed in particolar modo dell'anatomia e dell'istologia degli organi orinarii, con alcune considerazioni sulla loro fisiologia; descrive nel terzo l'armamentario

chirurgico destinato alla specialità, esponendo le regole generali intorno all'uso degli stromenti.

Titolo I.

Della orina, dei depositi e dei calcoli orinarii, specialmente alla diagnosi ed alla cura delle malattie degli organi orinarii.

L'orina studiata fisiologicamente è un liquido molto complesso che varia secondo la costituzione dei diversi animali, e secondo i varii stati in cui questi si trovano. Una orina fisiologica oltre ai caratteri del calore, odore, sapore, trasparenza e consistenza, deve presentare anche una densità, che sebbene possa variare, pure in generale è oscillante fra il 1.° e 3.° dell'areometro di Beaumé, cioè deve dare un peso specifico dai 1,005, ai 1,030. La quantità poi di questo liquido che è sottoposta a innumerevoli variazioni per tante e diversissime cause, facili a comprendersi, potrebbe essere ritenuta fra i 1200 grammi ai 1500 nelle 24 ore. Quello però che è certo si è che la quantità di orina è sempre minore nelle donne che nei maschi.

Studiando i caratteri chimici dell'orina fisiologica, l'Autore discorre in primo luogo della reazione, e sebbene ponga sott'occhio le differenze che si incontrano, pure conchiude che l'orina normalmente deve essere acida abbenchè, anche nello stato fisiologico, possa dare una fermentazione acida ed alcalina.

L'acqua contenuta nell'orina si può, nelle 24 ore, valutare a 40 grammi.

L'urea è il detrito risultante dagli intimi fenomeni chimici che si compiono nell'organismo e che alloraquando è accumulata nel sangue viene eliminato dai reni che operano come veri filtri. La sua quantità media nelle 24 ore oscilla da noi fra 20 e 25 grammi, mentre in Inghilterra ed in Germania risulterebbe in quantità maggiore e ciò per la diversità delle abitudini, del clima e principalmente dell'alimentazione più sostanziosa ed eccitante.

L'acido urico è il materiale dell'orina più importante dopo l'urea. Trovando l'Autore infondata la teoria di Liebig sull'origine di questo componente, crede, appoggiato alla fisiologia ed alla clinica, dimostrata la origine di esso coll'urea. Descritone i caratteri e le variazioni di quantità secondo le diverse alimentazioni, ricorda che esso è quasi sempre in combinazione colla soda, colla potassa, colla calce e colla ammoniaca.

Esamina quindi gli altri componenti che si trovano in minor copia nelle orine, quali l'acido ippurico, l'acido lattico, il muco, l'acido ossalico, la creatina la creatinina, le varie materie coloranti, le estrattive fra le quali vanno rammentate l'albuminato di soda il biossido e tetraossido di proteina, alcune materie coloranti, e finalmente le materie costituenti inorganiche.

I principii minerali solubili nell'acqua od i sali alcalini sono rappresentati dai cloruri, solfati e fosfati di soda e di potassa, fra gli insolubili sono i fosfati di calce e di magnesia, i silicati ed in qualche caso i carbonati. Il cloruro di sodio che deriva dagli alimenti introdotti, ed agisce nel suo passaggio sui tessuti, può essere eliminato da 5,00 gram. fino a 10 nelle 24 ore.

I solfati sono in piccolissima parte nei liquidi dell'economia, l'orina però è quello che ne contiene maggior copia. Sono tutti solubili, e formansi nella proporzione di circa 3 gram. nelle 24 ore, aumentando coll'aumentare dell'urea.

I fosfati sono molto importanti, essi vengono principalmente formati dall'organismo per l'ossidazione del fosforo contenuto nei tessuti albuminoidi e dai fosfati delle ossa. Sono *solubili od alcalini*, ed *insolubili o terrosi*, nei primi vi sono il fosfato di soda comune, il fosfato acido di soda, il il doppio di soda e di ammoniaca, e nei secondi il fosfato di calce, l'ammonio magnesiano, il fosfato di ammoniaca e di magnesia basico, ed il fosfato di magnesia.

Nel capitolo secondo l'Autore tratta degli istrumenti e reattivi per l'analisi chimica dell'orina, e cominciando dai più semplici li passa in rivista e li descrive tutti, dando le regole per usarli.

Nel terzo capitolo discorre dell'analisi qualitativa e quantitativa dell'orina fisiologica, dove consideratine dapprima i caratteri fisici, porge le più sicure norme per trovare le reazioni di questo liquido, la densità, il grado di concentrazione, cercarvi l'urea, l'acido urico, i sali minerali in genere, che sono i cloruri, i solfati, i fosfati, dando per ciascheduno dei casi la descrizione dei singoli processi operativi.

Il capitolo quarto tratta delle orine patologiche. Premesso quindi che la distinzione fra orine fisiologiche e patologiche in quanto riguarda le differenze che si incontrano nelle proporzioni dei materiali orinosi è più artificiale che reale, ritiene l'Autore assolutamente patologiche quelle che contengono materiali insoliti e straordinarii che non si rinvengono nello stato di salute. Prende però in considerazione anche le prime dividendo in due articoli tale argomento. 1.° Alterazioni provenienti dall'aumento o dalla diminuzione nella quantità dei principj costituenti le orine normali. 2.° Alterazioni dipendenti da sostanze insolite passate nelle orine; in cui considera dapprima le sostanze insolite allo stato solubile, e poi quelle che formano depositi e calcoli orinarii.

Essendo nostro compito di dare al lettore soltanto una idea della importanza del lavoro del prof. Corradi, e non di seguirlo sempre nelle sue diligenti indagini, accennano appena al capitolo quarto, ci fermeremo con maggiori dettagli sul contenuto del V. capitolo che tratta dei calcoli urinarii.

Le renelle, i calcoli, le pietre, non diversificano dai depositi ordinarii che per la diversa proporzione degli elementi che li compongono, e pel modo di aggregazione o forza di coesione che li cementa e solidifica.

Nei caratteri fisici dei calcoli l'Autore considera il colore, lo stato di durezza, il volume, il loro numero, la forma, la conformazione interna distinguendo in questa due forze formative, l'una di aggregazione e l'altra di coesione e di affinità, la stratificazione, la segmentazione, la spezzatura spontanea di cui ne riassume la storia. Discorrendo quindi del nucleo dimostra che se un calcolo formasi nel rene e si ingrossa in vescica la cura dell'estrazione non è che palliativa, e saranno duri; che altri calcoli senza nocciolo hanno il nucleo di materia proteiforme, e che in altri ancora questo è formato da un corpo straniero. Nello studio della stratificazione concentrica egli non ammette una diatesi calcolosa intermittente, invece la spiega nel seguente modo: « Il materiale proteico è dato principalmente dalle pareti degli organi orinarii ed è un essudato. La pietra già formata suscita un' irritazione d'onde proviene l'essudato; ma molte altre cause intrinseche ed estrinseche all'organismo concorrono ad accrescere, od a diminuire l'irritazione; quindi ne conseguita potervi essere più o meno essudato, e questo più o meno sciolto o coerente, atto a formare quel *cemento dei calcoli*. A questo materiale organico sono commisti dei sali urici (urato di ammoniaca) e dei fosfati terrosi, come si osservano frequentemente nei depositi di orine emesse da individui affetti da cistite semplice. È agevole quindi il conchiudere come a varii intervalli possa aumentare l'irritazione in modo che molto cemento si depositi sulla superficie del calcolo, il quale essendo molle e gelatinoso rende difficile la deposizione e la coerenza dei depositi salini sulla stessa superficie del calcolo. Diminuisce o cessa l'irritazione e con questa anche l'essudato; quello strato gelatiniforme formatosi si concreta, si fa più compatto, residuandosi quasi intieramente a quei sali che conteneva; ed intanto nuovi sali precipitano e formano un nuovo strato ».

A spiegare il fenomeno della segmentazione e frattura spontanea dei calcoli espone le due teorie accampate in argomento e che sono una dell'Heller e l'altra del Burci; egli crede che queste soccorronsi a vicenda nella spiegazione del fatto, ed in ciò appoggiandosi alla propria teoria ora suesposta sulla formazione degli strati concentrici. Nella composizione dei calcoli ritiene affatto ipotetica la teoria di Vogel sulla diatesi urica ed ossalica, ed invece crede, appoggiato ad osservazioni proprie, che la così detta diatesi calcolosa sia una particolare disposizione dell'organismo e forse delle vie orinarie che impartisce ai sali della orina la proprietà di depositarsi e di cristallizzare, ed appoggia questo suo modo di vedere colla storia di un individuo che affetto da pietra da tempo, avendo cambiate abitudini e modo di vitto si trovò dopo l'operazione la pietra rivestita di una crosta affatto diversa dal centro ed in relazione al tempo in cui le abitudini ed il vitto erano stati cambiati, e ciò spiegherebbe come la prevalenza di varii sali nelle orine possano formare pietre con prevalenza ora degli uni ora degli altri.

Anche nel diagnostico dell'accrescimento dei calcoli, appoggiato sui

dati anamnestici e più ancora sulla natura loro crede si possa dare un giudizio abbastanza sicuro. Dalle sue osservazioni risulterebbe che i calcoli fosfatici crescano di circa un millimetro in diametro ogni strato, e per quelli di acido urico e gli urati valga in media una cifra di poco inferiore a questa.

Per l'esposizione dei caratteri chimici dei calcoli trova comoda la divisione loro in calcoli combustibili ed in calcoli incombustibili. Nella prima categoria ossia di quelli mancanti di residuo fisso o con una debole traccia dopo la calcinazione, sono compresi i calcoli d'acido urico, di urati, di ossido di xantico, e di ossido di cistico; i fibrinosi, i sanguigni, quelli di urostealite. Nella seconda categoria stanno quelli di ossalato di calce, di fosfati terrosi, di carbonato di calce, di acido silicico, ed i prostatici.

Di ciascuno di questi l'Autore espone la composizione, la evoluzione, e la maniera di sottoporli ad accurato esame chimico. Da ultimo presenta delle tavole sinottiche sulla analisi qualitativa dei calcoli orinarii che rendono facili le cose premesse e semplici gli esami da instituirsi in proposito.

Titolo II.

Considerazioni anatomo-fisiologiche sulla regione perineale e sugli organi in essa racchiusi.

Tali considerazioni sono rese più che necessarie atteso il gran numero di lavori, non in tutto concordi, emessi in argomento, ed affinchè i non troppo esperti possano avere una guida sicura nell'operare.

Data una giusta limitazione al perineo, e dicendo delle aponeurosi perineali non piace all' Autore di ritenerle continuazione di altri piani aponeurotici sebbene presentinsi con questi intrecciati, perocchè gli attacchi loro proprii, la protezione che esercitano su organi speciali danno, per così dire, loro il diritto di venire considerate quali organi a parte, e ciò valga per tutte cioè per la dartoica, la penica, la uretrale o media e la superiore, le quali tutte il prof. Corradi descrive con chiara e precisa esposizione ed illustra con figure. Non dissimilmente egli si comporta parlando degli altri organi perineali, studiandosi di mettere in evidenza come il grave accidente della emorragia attribuire lo si debba alla imperizia di chi opera anziché alla giacitura della pudenda interna.

La distinzione dell'uretra in spugnosa, membranosa e prostatica devesi ammettere soltanto sotto il punto di vista chirurgico, perocchè le più recenti investigazioni consigliano come già opinava Mondino, a considerare la porzione posta al di là dell'aponeurosi media come appartenente alla vescica. Quivi adunque vi si deve considerare la vescica col suo collo, ed anteriormente l'uretra spugnosa o canale della verga.

Noi usciremmo anche qui dai limiti di un semplice cenno se volessimo quì ripetere tutto il buono e l' utile che il prof. Corradi espone

nella accurata descrizione di questi organi sia dal lato anatomico quanto dal topografico, non che nell'enumerarne le fisiologiche loro funzioni; ci basti il dire che il pratico trovandovi vagliate le opinioni dei diversi trattatisti a risparmio di tempo e di fatica usufruisce degli studii accurati che in proposito l'Autore seppe fare.

Titolo III.

Regole generali nella terapeutica degli organi orinari.

Non tenendo che pochissimo conto dei rimedi dati internamente si occupa l'Autore, principalmente degli istrumenti adoperati in questo genere di malattie. E li divide in tre categorie: 1° strumenti uretrali; 2° strumenti prostatici o del collo della vescica; 3° strumenti vescicali. Gli istrumenti uretrali poi li suddivide in esploratori, irrigatori o per iniezioni, dilatatori, uretrotomi, cauterizzatori, di presa e schiacciatori dei corpi estranei.

Per esplorare l' uretra oggi che non si adopera più il processo di Amusat, nè quello di Leroy, di Béniqué o di Civiale, l'Autore si serve di una sua candeletta metallica flessibile e sormontata da un oliva, ed adoprando l'endoscopio.

Parlando della dilatazione dell'uretra fa rimarcare che le candelette numerate a 1,3 di mill. rappresentano una scala troppo rapida nei primi numeri e troppo lenta nei numeri superiori, per cui gioverebbe nelle prime sedute far uso di strumenti graduati secondo la scala di Béniqué 1,6 di mill. ed in seguito di quelli graduati secondo quella di Charriere o meglio della inglese. Negli arnesi poi di misurazione degli istrumenti dilatatori trova preferibile quello di Blatin.

Parlando dei dilatatori flessibili o candelette, enumerate e raffrontate le varie sorta di esse, e detto come ora sieno fuori d'uso le minugie, la laminaria, e le altre fatte di metallo flessibili troppo, o troppo poco, descrive una candeletta metallica da lui immaginata che è costrutta di vari metalli. La porzione inferiore cioè dal padiglione fin oltre la metà è di acciaio o plack-font, a questo punto unisce ad un filo di rame conico con saldatura a coda di rondine. Questo filo è rivestito da un tubo di piombo puro saldato alle due estremità. La flessibilità di questa candeletta decresce dalla punta estrema fino alla saldatura colla parte di acciaio o plack-fond mentre questa porzione è inflessibile. Inoltre la parte flessibile perde di tale proprietà gradatamente a cagione del filo di rame interno che è conico. Allo stesso scopo immaginò un'altro istrumento. Esso è formato di una cannula cilindrica metallica la quale è sormontata da una serie graduata di segmenti di sfera sovrapposti; ciascun pezzo di questi ha una superficie concava nella quale è ricevuta e si articola la superficie convessa del sottostante segmento di sfera. L'ultimo pezzo un poco più grande forma una piccola oliva ed è saldato ad un filo di rame che attraversa

tutto lo strumento. Entro il manubrio dello strumento trovasi una vite forata nel suo asse per ricevervi il filo; una vite a pressione fissa il filo di rame sulla vite per cui il filo di rame è tenuto in tensione, essendo saldato all'estremità dello strumento e fissato sulla vite. Avvi poi un bottone articolato sul manubrio per modo che questa articolazione gli permette di girare sul proprio asse; inoltre ha internamente una madrevite che riceve la vite suddetta. Questa non può girare sul proprio asse perchè è inchiodata alla vite a pressione che passa per una fessura della cannula esterna. Quindi volgendo attorno al proprio asse il bottone, la interna vite va avanti od indietro, e siccome ad essa è unita la estremità del filo di rame, se questa è spinta fuori dello strumento, il filo è messo in maggior tensione, e se è ricacciata dentro, il filo si rallenta. Più il filo di rame è in tensione e più sono serrate fra loro le articolazioni dei pezzi sferici che formano la parte conica, ed in conseguenza questa porzione diventa più rigida. Si può con questa candeletta incominciare e completare una dilatazione uretrale, perchè si può ingrossare il cono quanto si vuole. Nella seconda categoria discorre dei dilatatori meccanici, e dopo di aver dette alcune parole sulla siringa ordinaria metallica, e dei dilatatori descritti da Mariano Santo, da Walson e da altri, divide questi istrumenti in due classi, nella prima pone quelli di Montin, Civiale, Michelena, Rigaud e Thompson, e nella seconda quelli che hanno origine dal dilatatore di Perréve come quelli dell'Holt, del Voillemier, Richardson e Dittel che descrive minutamente.

L'Autore poi dal canto suo onde trovare un istrumento finissimo che alla prima seduta potesse entrare senza sforzo nell'uretra, ciò che non si poteva fare coi dilatatori sopra mentovati, immaginò il dilatatore ad archetto.

Desso è costituito da una cannula d'acciajo non temprato, del diametro di mill. 1 1[2 e leggermente curva alla estremità sua vescicnle per il tratto di 10 centim., al suo lato concavo questa cannula è aperta e termina con fondo cieco foggiato a madrevite. Quivi si fissa un filo metallico del diametro di 2[3 di mill. e che si adagia per entro la solcatura in fino al manubrie. Entro a questo è posto un congegno di trazione a passo di vite facendo agire il quale il filo rendendosi rettilineo sorte dalla doccia entro cui stava nascosto, e se lo strumento trovasi nell'uretra ristretta la dilata a quel grado si desideri. Osserva per altro l'Autore che ogni uretra ha il suo modo particolare di sentire per cui alcune volte si potrà entrare facilmente con una candeletta di cera, altre volte con una elastica, o con una metallica, per cui egli dovette modificarlo in varie guise a seconda dei casi. Costrutto tutto in argento può essere curvato in varie forme, inoltre è flessibile, e la sua estremità può diventare cilindrica, conica, olivare, od essere sormontata da una candeletta conduttrice elastica e filiforme, dimodochè egli trova ben pochi stringimenti in cui non possa entrare col suo istrumento alla prima seduta. Confuta inoltre l'opinione di

Moreau-Wolf che coll'istrumento in discorso si faccia una divulsione lineare, anzi una vera uretrotomia interna, perocchè il fatto dimostra il contrario semprechè lo si adoperi nei casi addatti e non si esageri nella dilatazione.

Gli uretrotomi li divide: in uretrotomi perforatori, ed in scarificatori. Coi primi si perfora uno stringimento in modo che permetta l'introduzione di altro istrumento che non lasci chiudere lo stringimento stesso. A questi appartengono gli uretrotomi di Albucasis, Diaz, Physick, Stafford, Reybard, Martial Dupierris, Santopadre, quello di questo Autore modificato dal Rizzoli, e da ultimo quello immaginato dal Corradi stesso che consiste in una sottile cannula lievemente curva e schiacciata all'estremità vescicale, che sorge da un manubrio cilindrico, ed è fessa in tutto il lato convesso fino al manubrio. Un fusto di acciajo temperato percorre tutto lo strumento e termina a lama bitagliente. L'estremità opposta è a vite e penetra in un bottone in parte cilindrico e forato a madrevite; questa parte cilindrica, entra esattamente nel manubrio e sta a contrasto di una molla spirale, che è nascosta nel manubrio. Si limita l'uscita della lama col fermare a vite più o meno il bottone sul fusto, il quale torna immediatamente indietro per l'azione della molla spirale, tosto che si cessi di comprimere il bottone. Il manubrio ha due semicerchi laterali, e nel lato corrispondente alla fessura della cannula presenta una costola vuota nell'interno. Questo strumento può essere facilmente smontato, restando in sito solamente la cannula che fa da siringa; anche introducendo entro la cannula un lungo specillo fino in vescica e ritirandola si può guidare con esso una siringa elastica che si lascia a permanenza.

Nella seconda categoria cioè in quella degli uretrotomi scarificatori ed a grandi incisioni entrano moltissimi istrumenti di cui l'Autore ne fa la storia (Plessemann, Amussat, Stafford, Bonnet, Stilling, Ricordi, Sedillot, Toscano, Bezzi, ecc.), e ne spiega, almeno de'più importanti, il modo di azione; infine credendo che nel maggior numero dei casi l' uretrotomia sii destinata a preparare ed abbreviare la cura dilatatoria, crede l'ure trotomo di Maisonneuve quello che corrisponde maggiormente all' intento.

Per l'uretrotomìa esterna l' Autore fece costruire un siringone a dardo che potrebbe benissimo sostituire quello del Syme, e che nella parte curva ha un diametro di due m.m. per cui senza dubbio il dardo agevolerebbe l'incisione dell'uretra sia col fissarlo sullo strumento sia col dare una guida più sicura al coltello.

Gli istrumenti cauterizzatori, i porta-caustici sono oramai messi fuori d'uso, l'Autore però ne trovò utile in alcuni casi uno semplicissimo, composto di una sottile candeletta di gomma elastica divisa in cui sia introdotto uno stiletto d'argento che può scoprirsi in una data

porzione, e questo filo bagnato con acido nitrico, si trasforma in nitrato d'argento.

Discorre poi della galvano-caustica applicata alla cura degli stringimenti uretrali da Mallez e Tripier, e senza negare che dessi abbiano potuto attraversare lo stringimento senza conduttore, pure li chiama ben fortunati di avere *così rara felicità* mentre fa voti perchè si insista sulla ricerca di un adatto conduttore. Intanto propone per l'istrumento del Bruns una modificazione che gli apporterebbe un conduttore capace di attraversare facilmente il restringimento uretrale. Come pure dice che il suo dilatatore ad archetto, di cui sopra parlammo, potrebbe essere rivestito di una vernice isolante, meno il filo centrale che ne forma la corda onde il polo negativo comunicando col filo e questo facendo corda, produrrebbe una cauterizzazione lineare e profonda.

Nel porgere la storia degli istrumenti per la presa dei corpi estranei, e dei litotritori uretrali cominciando dal più antico di essi l'*Alfoonsimum* e venendo fino ai dì nostri, l'Autore propone alcune utili modificazioni. Così nella pinzetta ad anelli di Mariano Santo modificata da Robert e Collin, egli farebbe un' articolazione nel punto ove ciascuna cucchiaja si unisce sulla branca della pinzetta. Inoltre parlando dello strumento del Leroy trova che le modificazioni ad esso impartite da Charriére, Dubowilies, Mathieu, Robert e Collin, non corrispondono allo scopo, e lo lasciano imperfetto, perchè perde facilmente la presa, lacera l'uretra, perciò egli vi aggiunge una branca a molla che si porta contro la cucchiaja per far con essa pinzetta, onde assicurare la presa e difendere l'uretra dalle offese del corpo estraneo. Nei litontrito-uretrali fra tutti trova preferibile quello del Nélaton.

Gli stromenti prostatici divide in esploratori, in quelli da iniezione od irrigatori, in dilatatori, uretrotomi, scarificatori, ed in porta-caustici. Per esplorare la prostata e l'uretra prostatica oltre le candelette elastiche o di cera e le siringhe metalliche sono molto utili le siringhe di gomma elastica a piccola curva fissa e quelle metalliche a piccola curva, e due sonde del Mercier che descrive.

Parlando dei porta-caustici dice che non è forse lontano il giorno che, salita in onore la galvano-caustica chimica, questi ferri saranno posti negli armamentari storici, abbenchè adesso rendano segnalati servigi. E siccome non sono ancora stati immaginati per l'applicazione della galvano-caustica chimica speciali strumenti, è d'avviso che alcuni che descrisse per la cura degli stringimenti uretrali possano servire benissimo anche pur l'uretra prostatica, così potrebbesi fare uso di una sonda piena del Mercier rivestita fino al gomito di una siringa di gomma elastica.

Per applicare poi nell'uretra prostatica la galvano-caustica termica possono servire gli strumenti che si adoperano per cauteriz-

zare il collo dell'uretra quando venissero lievemente modificati. Egli preferisce però la galvano-caustica chimica.

Dicendo degli strumenti vescicali il prof. Corradi dà le norme per stabilire una regola generale di misurazione per potere delineare con precisione le varie forme degli istrumenti vescicali. E qui premesso che nella scienza evvi ancora confusione e che la curva delle siringhe è cosa del massimo merito, certamente più che il loro calibro, prende in minuto esame il metodo adoperato per misurarlo dal Leroy e dal Gely e trovati il primo imperfetto, ed il secondo falso, dà egli una figura geometrica sulla quale si può dedurne una misurazione esatta, concludendo che due siringhe a curva regolare per essere eguali debbono avere:

1.° la stessa lunghezza,

2.° essere formate sullo stesso cerchio,

3.° prendere una stessa porzione di cerchio,

4.° avere la porzione retta tangente al cerchio, oppure formare colla tangente uno stesso angolo,

5.° possono poi essere quasi eguali, se l'angolo tangenziale si compensi colla linea di projezione.

Per cui sul modello di tre cerchi diversi ha costruite 12 siringhe che costituiscono una scala graduata a lievissima curva, utili per l'esplorazione dell'uretra prostatica e della vescica e per esse ha adottato uno stesso diametro.

Porge quindi le regole per misurare le siringhe a curva irregolare, e quelle per gli strumenti a doppia curva cui egli per togliere la difficoltà dell'uscita dell'orina allorachè il padiglione è troppo alto, ha trovato utilissimo l'aggiungere un tubo elastico abbastanza lungo da lasciar pendere fuori del letto, in modo che la siringa stessa sia convertita in un sifone.

Accennare al metodo di misurazione degli strumenti gomitati.

Descrivere poscia quello per siringare dove l'Autore nel porgere le regole necessarie alla buona riescita anche nei casi difficili, dà una regola generale che valga per tutti gli strumenti che possano adoperarsi. Egli dice che quando lo strumento percorre l'uretra membranosa e prostatica ed entra in vescica, il suo movimento di progressione va unito con altro di rotazione di alto in basso che il manubrio fa attorno ad un punto posto sotto l'arcata pubica. Questi due movimenti vanno combinati e messi in rapporto colla curva dello strumento ponendo mente alla regola seguente: per curve piccole (8 centimetri di diametro), la progressione precede la rotazione; per curve grandi (12 centim. di diam.), se l'arco è minore di 1|4 di cerchio, la progressione procede di pari passo colla rotazione; se poi l'arco supera 1|4 di cerchio la rotazione precede la progressione.

Parla quindi dell'uso delle siringhe elastiche e del modo di fermare

la siringa a permanenza; della siringatura forzata e della puntura della vescica fa cenno appena senza darne giudizio.

Tratta poscia degli strumenti esploratori. Esaminati i varii che furono proposti crede si debbano preferire gli esploratori pieni rinunciando alla injezione vescicale, ed invece di quello a grande padiglione, modello inglese, preferisce per portare più chiari all'orecchio i suoni suscitati in vescica un tubo elastico aggiunto alla sonda.

Passa in rivista gli strumenti da injezione, i dilatatori e cauterizzatori vescicali e quelli per estrarre i corpi stranieri dalla vescica e qui parlando del litotritore del Mercier modificato da questi per estrarre i corpi estranei, dice che servirebbe benissimo se l'ordine delle branche fosse invertito in modo che le punte della siringa da estrarsi non fossero rivolte in avanti.

Parlando degli strumenti dicendo di quelli per l'estrazione della pietra dalla vescica; qui l'Autore fa una accurata esposizione storica mano mano che furono ideati e perfezionati, fra cui egli conta un siringone a dardo che come asserisce somiglia molto a quello già prima immaginato dal Montagna, aggiuntovi un compressore del perineo che risparmia la mano di un assistente e permette all'operatore di reggere da sè il siringone indicando al tempo stesso il punto perineale dove escirà il dardo. Tocca poi ad alcune altre modificazioni da lui portate. Una è quella d'aver fatta costruire una tanaglia per la presa della pietra che potesse servire come retta e curva in uno stesso momento; un'altra di una tanaglia a cucchiaja grandi aperte e rivestite di gutta-percha che impedisce le facili rotture della pietra.

Finisce questo argomento con un biasimo al Dolbeau fautore della litotrizia perineale che troppo ligio a'suoi connazionali dimenticò i nomi di Porta, Rizzoli e Malagodi, i primi due da ricordarsi per le utili innovazioni nel processo operativo e l'ultimo perchè da esso egli prese il concetto e lo strumento per l'operazione.

Termina facendo la descrizione degli strumenti vescicali litontritori. L'Autore dai primi tentativi fatti dal 1822 al 1834 conduce con facili e chiare descrizioni il lettore ai tempi ultimi. Egli sa valutare con fino accorgimento la importanza o meno delle attuate o proposte modificazioni e sempre più vivo rende il desiderio di vedere presto compiuta un'opera che verrà a riconfermare la valentia dell'illustre Autore e l'incremento in Italia dei severi e conscienziosi studii.

La Redazione.

Anatomia e Chirurgia del piede umano; del dott. HENRY HANCOCK, London 1873.

Merita quest'opera d'essere segnalata ai lettori degli *Annali* per il modo magistrale col quale è dettata, per l'assennatezza delle osservazioni e per la ricca messe di interessantissimi fatti in essa menzionati.

L'opera è divisa in dieci lezioni; le prime due sono particolarmente dedicate all'anatomia e fisiologia del piede, alla genesi storica delle relative operazioni ed alle generalità intorno al metodo col quale reputa debbano le affezioni chirurgiche di questa località essere trattate. L'Autore si dichiara eminentemente conservatore e formula le sue idee nei seguenti canoni:

a) Che si debba circoscrivere l'atto operativo alla parte lesa o malata e conservare più che sia possibile il piede, compatibilmente colla salvezza del paziente.

b) Che dove sia praticabile, si debba preferire il taglio attraverso le ossa del tarso con una sega anzichè la disarticolazione delle stesse.

c) Che si eviti la distruzione d'un' articolazione ogni qualvolta si possa.

d) Che la malattia di una superficie articolare non richiede di necessità la esportazione dell'osso intero.

e) Che sebbene le aperture alla pelle non possano essere ritenute quali indizii della posizione esatta dell'alterazione ossea, l'esistenza però di tali aperture anche se ve ne fossero parecchie, oppure l'inspessimento o scoloramento della pelle e delle parti molli, non accennano per loro stesse una controindicazione ad un processo operativo, giacchè le parti molli quando sieno liberate dalle cause d'irritazione prestamente ritornano allo stato normale.

Avverte poi che molte lesioni in apparenza gravissime e disperate frequentemente guariscono e lasciano al paziente un piede servibilissimo senza che sia occorso alcun procedimento chirurgico.

Premesse queste idee generali Hancock passa ad esaminare le diverse operazioni, cominciando dall'*amputazione tibio tarsica* o di Syme.

Di questa fa la storia esponendo le contestazioni di priorità, narra le differenze tra l'operazione di Baudens e quella di Syme ed i vantaggi ed i difetti a quest' ultima da varii Autori attribuiti. Annalizza uno ad uno gli appunti mossi al Syme, li confuta e li dimostra per la maggior parte insussistenti od esagerati. In seguito passa in rassegna le differenti modificazioni suggerite al metodo del Syme, da Roux, Goodsiv e Pirogoff; e con ragione si trattiene a lungo sull' esame di quest' ultimo dichiarandolo degno di un posto distinto nella chirurgia operativa del piede.

L'*amputazione sotto astragalica* o di Liguerolles, sebbene l'Hancock la dica poco usata in Francia e meno ancora in Inghilterra, la ritiene tuttavia vantaggiosissima in certi casi e preferibile a quella del Syme

e del Pirogoff; e non sa trovare ragione del poco credito di cui essa gode che nella circostanza di non essere abbastanza conosciuta. A questa operazione, che come è noto consiste nel rimuovere tutte le ossa del piede tranne l'astragalo, il quale si lascia adeso alla tibia e fibula, l'Autore apporta una modificazione per quei casi in cui, mentre l'astragalo rimane sano, la lesione si trova circoscritta alle altre ossa del tarso od alla sola porzione anteriore del calcagno. Tale modificazione consiste nel conservare una piccola porzione di calcagno adeso al lembo e di affrontarlo alla superficie inferiore dell'astragalo. Ecco come quest'operazione viene descritta dall'Autore.

« Cloroformizzato il paziente comincio un' incisione sotto ed all'an-
« golo posteriore del malleolo esterno, continuandola all'avanti lungo il
« bordo esterno del piede per mezzo pollice circa prima di arrivare alla
« protuberante base del quinto osso metatarseo. In allora pratico una
« seconda incisione lungo il bordo interno del piede, cominciando po-
« steriormente pressochè al centro e sotto il malleolo interno e termi-
« nando anteriormente ad un punto corrispondente alla terminazionè
« dell'incisione esterna. Allora unisco le due incisioni con una terza se-
« milunare, avente la sua convessità rivolta verso le dita attraverso il
« davanti della pianta del piede in giù fino alle ossa; arrovescio il lembo
« fino alla projezione della superficie inferiore e rimpetto alla tuberosità
« dell'osso del calcagno. Pratico poi una quarta incisione attraverso il
« dorso del piede, immediatamente dietro il capo dell' astragalo. Allora
« applicando una sega sopra la superficie inferiore dell'osso del calcagno
« indietro per quanto è possibile, taglio attraverso l' osso obliquamente
« da sotto in su ed all'indietro. Poi, riprendendo il coltello, penetro nel-
« l'articolazione medio tarsica, e passando l'istromento sotto il capo del-
« l' astragalo e tagliando dal davanti all' indietro nella direzione della
« superficie articolare anteriore sull'osso del calcagno, divido il lega-
« mento interosseo e stacco il davanti del piede. Allora levò via colla
« sega la testa dell' astragalo e con una forbice ossifrage (curva sul
« piatto) rimovo le due cartilagini articolari della superficie inferiore di
« quest'osso, poscia assicurando le due arterie plantari completo l' ope-
« razione. I lembi sono riuniti da tre punti metallici all'avanti e gli an-
« goli inferiori della ferita sono lasciati aperti. »

In seguito tratta l'Autore delle *lussazioni dell'astragalo*, della cura di tale affezione e particolarmente dell' escisione di quest' osso. Ricorda a questo proposito come per facilitare la riduzione si sia consigliata e vantaggiosamente praticata la cloroformizzazione del paziente e la tenotomia del tendine d'Achille; come Turner ed altri dubitassero dell'utilità della riduzione dell'astragalo, a motivo dell'insufficiente nutrimento che, secondo essi, tale osso anche ridotto, finisce ad avere per la lacerazione estesa dei tessuti molli che lo circondano. Hancock però nota che quest'ultima osservazione non è sempre giusta, avvegnacchè molti

fatti la contraddicono. Non tralascia anche dal notare come si diano casi in cui la tenotomia riuscì inefficace, ed altri in cui l'astragalo potè essere ridotto senza tenotomia ed altri ancora nei quali i maneggi della riduzione peggiorarono lo stato della parte ammalata. Per ciò egli crede che in tutti i casi di spostamento dell'astragalo, tanto semplice che complicato, parziale o totale, convenga fare prudenti tentativi di riduzione, specialmente quando il fatto è recente e non vi sono speciali controindicazioni quali il capovolgimento dell'osso. Hancock ritiene che la resezione dell'astragalo sia l'operazione più antica stata eseguita sul piede, e che essa sia indicata tanto per le lesioni traumatiche che per le malattie circoszritte a quest'osso. Nei casi di frattura e di lussazione parziale non crede necessario un intervento chirurgico troppo attivo.

Nella VII ed VIII lezione l'Autore tratta dell'*escisione dell' articolazione tibio-astragalica.* Egli lamenta che questa operazione non sia abbastanza apprezzata, rivendica a sè il merito d'averla pel primo eseguita in Inghilterra, rimarca essere con essa la mortalità minore che nell'amputazione della gamba, che la resezione totale è preferibile alla parziale, e che è utile non solo nei casi di malattia, ma anche in certe lesioni traumatiche. Nel praticare poi tale operazione egli si attenne ad un metodo il quale si scosta qualche poco da quello introdotto nella pratica da Moreau. — Hancock così si esprime. « Invece di fare due incisioni ad « angolo retto su ciascun lato della giuntura comincio l'operazione con « un'incisione all' indietro e circa due pollici al di sopra del malleolo « esterno, portandola avanti sotto questo processo attraverso il davanti « della giuntura e termino, circa due pollici al di sopra e dietro il mal- « leolo interno. Con questa incisione interesso soltanto la pelle, senza « intaccare i tendini e loro guaine. Il lembo così formato vien dissec- « cato ed i tendini peronei sono distaccati dalla loro docciatura dietro « la fibula e tagliati di traverso insieme ai legamenti esterni della fi- « bula. Poi con una forbice ossifraga divido il perone un pollice e mezzo « al di sopra della sua estremità inferiore e, tagliati di traverso i lega- « menti inferiori tibio peronei, distacco il malleolo esterno. Allora vol- « tata la gamba sul suo lato esterno, taglio i legamenti laterali interni « tenendo il coltello accuratamente contro il capo della tibia affine di « evitare l'arteria tibiale posteriore. Quando sono distaccati dalla loro « docciatura i tendini del tibial posteriore e flessor comune, lusso il piede « all'infuori in guisa da far sporgere il capo della tibia, col malleolo « esterno, fuori dalla ferita. Protette le parti molli con una spatola ven- « gono in seguito con una sega comune d'amputazione rimossi il capo « della tibia ed il malleolo interno per l'estensione d'un pollice circa. « La superficie articolare superiore dell' astragalo è pure segata via « orizzontalmente. Ricondotto poscia il piede nella sua naturale posi- « zione ed affrontate le superfici ossee segate chiudo la ferita con cu- « citure all'infuori del lato esterno, che lascio aperto per il libero scolo

« delle materie, ed adagio la gamba sul lato esterno su una ferula « avente un'apertura corrispondente alla ferita. »

Questo fu il processo operativo impiegato nel primo caso, ma nei successivi l'Autore conservò illesi tutti i tendini ed in nessuna furono ferite le arterie tibiali anteriore e posteriore, nè mai fu necessario di fare alcuna legatura.

Alla IX lezione l'Autore fa la storia dell'*amputazione medio tarsica* o di Chopart, confuta l'opinione del Velpeau il quale attribuì il merito di tal operazione ad Hecquet di Albeville; riporta la descrizione che di tale operazione diede il Chopart stesso ed i perfezionamenti che consecutivamente vi introdussero Richerand e Bichat, mettendo in rilievo la importanza della tuberosità dello scafoide e del capo dell'astragaio come punti di ritrovo della linea articolare intra-tarsica; osserva come questi segni qualche volta sieno poco appariscenti, a motivo della gonfiezza del piede o per alcune ossa sessamoidi poste sul tendine del tibial posteriore; ed infine ricorda le modificazioni apportate da Klein, Blandin, Poullain ed altri al modo di formazione del lembo. Discute in seguito con molta erudizione la tanto dibattuta quistione se si debba o no regolarizzare le superfici ossee, e si dichiara per l' affermativa: esamina le obiezioni fatte a tale operazione, molte delle quali trova esagerate, attribuisce a Petit il merito di aver fatto pel primo la tenotomia del tendine d'Achille; e, appoggiandosi agli studii di Stanski, afferma che la retrazione dell'osso del calcagno all'indietro non si deve solo attribuire all'azione del tendine d'Achille, ma a tutti i muscoli profondi posteriori della gamba; quali il tibial posteriore, il lungo flessor del pollice, flessor comune delle dita ed i peronei. Dimostra ancora l' inutilità della tenotomia del tendine d'Achille fatta allo scopo di riparare agli inconvenienti già manifesti della torsione del calcagno all' indietro ed i dolori alla cicatrice, e dichiara anche di ritenere non abbastanza giustificata l'amputazione della gamba al fine di riparare tali inconvenienti; ma vuole che prima di passare a tale operazione si pratichi la divisione sottocutanea delle aderenze che la cicatrice ha contratto colle ossa, avendo rimarcato che tale cura alcune volte corrisponde benissimo. Finalmente onde prevenire la retrazione del calcagno all'indietro consiglia il metodo ingegnoso adottato da M. Delagarde, consistente nel comprendere nella cucitura dei lembi il tendine del tibiale anteriore affinchè colla cicatrizzazione osseo tendinea resti fermamente attaccato alla cicatrice. Allo scopo però di salvare l'osso scafoide ed il legamento calcaneo scafoideo, Hancock consiglia la seguente modificazione al metodo del Chopart.

Rilevata la prominenza della base del quinto osso metatarseo pratico un'incisione attraverso le parti molli, cominciando dal punto d' unione del bordo esterno del piede colla suola direttamente attraverso il dorso del piede, partendo dall'esterno verso l'interno, là dove l'interno bordo del piede si congiunge alla pianta, sempre nella stessa direzione. Arrivato a questo punto gira il coltello con il piatto verso le ossa ed

il tagliente all'avanti tagliando innanzi profondamente nella radice delle dita, forma il lembo inferiore. L' incisione dorsale passa sopra il dorso del cuboide verso la sua metà, sopra il dorso del cuneiforme esterno a circa il suo terzo anteriore e ricade sopra la giuntura tra lo scafoide e i due cuneiformi interni. Deprimendo la fronte del piede le giunture dello scafoide coi cuneiformi facilmente si aprono e ove sieno sane, ultima l'operazione colla segatura del cuboide trasversalmente ed a livello colla parte più prominente dello scafoide; se al contrario le articolazioni scafo-cuneiformi mostrano segni di malattia rimuove le superfici articolari dello scafoide con proporzionato quantitativo di cuboide e dopo legati i vasi termina l'operazione mediante la sezione sottocutanea del tendine d'Achille.

Nella X ed ultima lezione Hancock tratta della *resezione totale* o *parziale del calcagno*. Per la totale consiglia l'atto operativo descritto da Holmes; e per riguardo alla resezione parziale, sebbene in tesi generale convenga con Holmes che l'escisione totale delle ossa del tarso possa meglio convenire dello svuotamento, pure osserva che si sono registrati molti casi nei quali si ottennero ottimi risultati dalla resezione parziale del calcagno specialmente quando il periostio è sano.

F. Parona.

Traité des injections sous cutaneés à effet local; par le doct. A. LUTON. Paris 1875.

Nessuno meglio del Luton, che da quattordici anni con molta perseveranza prosegue nello studio di tal genere di cura, poteva intraprendere un lavoro il quale avesse il doppio vantaggio di offrire raccolte in un corpo solo, le molteplici pubblicazioni ed esperienze da lui fatte su tale argomento, e facilitare la cognizione di quanto sul medesimo si è scritto da altri.

In quest'opera perciò si trova una particolareggiata esposizione storica delle injezioni parenchimatose a effetto locale; sono determinati i mezzi d'azione di cui questo metodo dispone sotto il rapporto dell'istromentazione, del processo operatorio e delle sostanze medicamentose; e sono ricordati ed analizzati numerosissimi fatti clinici e sperimentali, tanto proprii che d'altri autori.

Nel riassunto storico l'autore cerca particolarmente dimostrare essere stato lui il primo che, nel 1863 con una Memoria sulla *Substitution parenchymateuse*, abbia reso noto come le nevralgie e i punti dolorosi si possano trattare utilmente colle injezioni irritanti ad effetto locale; e che nel 1867 abbia pubblicato negli « *Archives génerales des Medecine* » una seconda Memoria, avente per titolo *Nouvelles observations d'injec-*

tions de substances dans l'intimité des tissus malades nella quale oltre rafforzare quanto già aveva detto riguardo ai vantaggi di tal metodo di cura nelle affezioni di natura puramente dolorosa, l'adoperasse anche contro le lesioni materiali dei tessuti, dal semplice ingorgo ganglionare fino alle degenerazioni le più gravi quali, ad esempio, il cancro. Del resto il quadro storico bibliografico fatto dall'autore è abbastanza esatto, e per conto nostro non abbiamo a rimarcare in esso altra ommissione che quella di non aver fatto cenno del Ciniselli e del De-Cristoforis quando parla dell'elettrolisi nel trattamento dei tumori, mentre è notorio che essi ne parlarono prima del Beer ed altri citati dal Luton.

In questo suo lavoro il Luton ebbe la felice idea di raccogliere in un capitolo speciale tutti i rimedii stati adoperati col metodo di cura in parola; e nell'impossibilità di poterli scientificamente classificare passa in rassegna con ordine alfabetico gli acidi, gli alcalini, i sali minerali, i narcotici acri, i parassicidi, ecc., notando l'azione propria di ciascheduno, i differenti casi in cui vennero adoperati, con quale scopo, chi li ha proposti e quale sia il modo da seguirsi nella loro applicazione.

Nella lunga serie delle sostanze prese in esame l'autore mette anche l'alcool, ma dimentica di accennare come questo sia stato adoperato in un gran numero di casi di gozzo dallo Schwalbe (1) con buoni risultati. Differenti osservatori dice l'autore hanno messo in giuoco l'alcool injettandolo in certi tumori: Carlo Schwalbe (1872) e Haasse (1873) hanno guarito in tal modo dei lipomi ed il primo di questi autori l'ha ugualmente impiegato con vantaggio contro le varici e qualche altro tumore vascolare. Il Luton ha fatto anche un'altra ommissione, là dove parla dell'ergotina. Ivi dice che l'Albanese (1870) l'ha raccomandata nel trattamento degli aneurismi, injettandola tra il sacco e la pelle; che Vogt l'ha proposta nel trattamento delle varici: Hildebrand nei corpi fibrosi dell'utero; ma non fa punto parola del Langenbeck, il quale come è noto fu il primo ad impiegarla nella cura degli aneurismi nel modo suindicato. Sono poi convenienti alcune osservazioni circa quello che l'autore dice al capitolo *Acque minerali naturali* e particolarmente dell'uso da noi fatto dell'acqua di Salsomaggiore nella cura del gozzo. Il Luton a tal proposito scrive che: « La mélhode hypodermique a trés-peu usé, jusqu'à présent, des eaux minérales naturelles. Nous ne connaissons « qu'un fait de ce genre il appartient á Parona (1872) qui rapporte 22 « cas de guérison du goître, due á l'injection interstitielle de l'eau de « Salso Maggiore. Or, cette eau ne renferme guère que des chlorures de « calcium et de sodium et un peu de fer. Il serait plus rationnel d'injec- « ter une eau jodée, telle que celle de Challers par exemple. Ces eaux « agissent sans aucune irritation notable et en vertu de qualités tout-á- « fait propres. » Più innanzi ripetendo che le acque di Salsomaggiore contengono del cloruro di calcio, di sodio, e delle traccie di ferro, sog-

(1) « Beiträge zur Heilung des Kropfes Arch. Virchow, 1871. »

giunge: « mais il n'est pas question qu'elle contienne de l'iode. Faute « de notions plus exactes sur cette eau minerale, nous'avons peine a « nous rendre compte de son efficacité contre le goitre. »

Noi perciò facciamo osservare all'egregio collega di Reims che, oltre ai 22 casi da lui citati, abbiamo pubblicato altri nove casi nel 1873 nella « Gazz. Med. Lombarda »; e che questi confermano i buoni effetti di quest'acqua minerale nella cura del gozzo, essendosi con essa ottenuta la risoluzione completa di gozzi voluminosissimi di vecchia data e ribelli ad ogni altra cura. Anzi per ulteriori esperienze possiamo assicurare che in alcuni casi si ottenne colle injezioni dell'acqua madre di Salsomaggiore la risoluzione di gozzi, i quali erano rimasti indifferenti alle injezioni parenchimatose di tintura di jodio ed a soluzioni d'acido jodico più volte ripetute, ed è in vista di questo ed anche perchè questa acqua non arreca come la tintura di jodio dimagramento, prostrazione e gravi sconcerti di ventricolo, che noi continuiamo di preferenza ad adoperarla nella cura del gozzo. Ignoriamo come l'autore possa affermare che detta acqua minerale non contenga jodio, mentre tutti i chimici che analizzarono sia l'acque madri che le naturali di Salsomaggiore, sono concordi nel dichiararle eminentemente jodate; ed è dietro le analisi di Cardone, di Levesi, di Truffi e di varii altri che l'egregio dottor Valentini parlando dell'acqua di Salsomaggiore ebbe a dichiararla, per la quantità di bromo e di jodio che contiene, superiore a quelle di Sales, di Challes, d'Ischl. Ma dato e non concesso che in quest'acqua minerale non vi sia jodio, non possiamo ancora spiegarci come il Luton, che tanto si è occupato della cura del gozzo colle injezioni parenchimatose, dubiti che tumori di tal genere non possano senza il jodio risolversi; mentre che lo Schwalbe, per tacer d'altri, ha come già dissimo curato un centinajo di gozzi, injettando in essi nient'altro che dell'alcool; ed il Luton stesso ammette che il cloruro di sodio, che tanto abbonda nelle acque di Salsomaggiore, serva egregiamente come agente di sostituzione parenchimatosa. Noi non sappiamo ben precisare quali tra i vari componenti dell'acqua di Salsomaggiore particolarmente giovi alla risoluzione del gozzo, ma il fatto si è che essa, nel più dei casi di ipertrofia della tiroide da noi curati, ha giovato ottimamente. Del resto all'infuori delle inesattezze accennate questa parte dell'opera del Luton è pregievole ed utile sotto molteplici riguardi.

Il capitolo successivo verte sulla parte sperimentale e particolarmente sulle modificazioni che si producono nei tessuti in conseguenza delle differenti sostanze injettate, e quindi parlasi tra le altre dell'indurazione plastica, dell'atrofia regressiva, della dissoluzione chimica, ecc. Questo studio sperimentale sulle accennate modificazioni, sarebbe stato a nostro avviso però più completo se fosse stato corredato da opportune osservazioni microscopiche.

Fra gli effetti delle injezioni dette ad azione topica, l'autore pone il dolore, la rubefazione, la flussione, il calore, l'indurazione plastica, l'a-

trofia regressiva, la suppurazione, l'escarificazione, la mummificazione, la dissoluzione chimica, l'azione parassiticida e l'azione feticida.

Le modificazioni del calore, il Luton le studiò specialmente in due casi di sciatica ed in uno di scapulodinia, nei quali venne injettata loco dolente una soluzione di nitrato d'argento. Tre tavole schematiche dimostrano le varianti di calorico avvenute.

Ma la maggior parte dell'opera è consacrata alla parte clinica e le numerosissime osservazioni ad essa relative vengono raggruppate in tre distinte categorie; la prima delle quali comprende i punti dolorosi prodotti da nevralgie, reumatismi, o sintomatici d'una lesione materiale, la seconda racchiude i tumori e le lesioni dei tessuti, la terza quelle affezioni generali suscettibili d'essere influenzate dalle injezioni substitutive.

Nella prima categoria trovansi riferiti settantadue casi di sciatiche ed altre affezioni a punti dolorosi stati trattati colle injezioni di nitrato d'argento al 5[100, ovvero colle soluzioni di cloruro di sodio, di zinco, di jodio; e dei vantaggi che da tali injezioni irritanti se ne ponno ricavare, il Luton avverte che resta poco dubbio sull'efficacia del mezzo impiegato, imperocchè i casi i più gravi ed i più inveterati hanno ceduto talvolta ad una semplice injezione parenchimatosa, allora quando il trattamento il più razionale era fallito.

Gli insucessi definitivi devono essere considerati come fatti appartenenti ad un'affezione organica sconosciuta, che bisognava essere combattuta direttamente per ottenersi un successo completo. Ciò a parte, si può dire che ogni dolore intenso e ben localizzato se è, *sans matière*, dovrà scomparire davanti ad un'irritazione pure localizzata e tale, se necessita, da produrre il flemmone l'ascesso, o l'*antrace* (?).

Gli esemplari che abbiamo scelti, soggiunge Luton, sono abbastanza numerosi e svariati ed avremmo potuto moltiplicarli d'avantaggio, ma senza profitto; poichè non si trattava che di presentare dei tipi all'osservatore.

Assai diffusamente è pure trattata la parte che spetta ai tumori, i quali vengono suddivisi nelle seguenti quattro classi. I. Tumori infiammatorii. II. Adenopatie. III. Gozzo e IV. Tumori neoplastici.

È impossibile riassumere brevemente quanto l'autore viene esponendo in questa parte dell'opera, trattandosi in essa di una numerosa serie di casi tutti interessantissimi e svariatissimi, perciò inviamo gli studiosi all'opera stessa dell'autore; che ben merita d'essere consultata avvegnachè troveranno riferiti casi di tenositi, di periostiti, di osteiti, di tumori bianchi, di adeniti di varie sorti, di gozzi, di lipomi e di molte altre specie di tumori stati con risultato più o meno favorevole assoggettati al trattamento in discorso.

Nell'ultimo capitolo intitolato *Applicazioni diverse*, l'autore espone quanto si è fatto e quanto a suo giudizio potrebbesi fare per utilizzare il metodo delle injezioni irritanti nelle pseudoartrosi consecutive alle fratture non consolidate, nella gravidanza extra-uterina, nei casi di vermi

incistidati e nelle cisti idatiche, nell'edema carbonchioso, nel calazio e trichiasi, nella formazione d'un cauterio, nelle localizzazioni cerebrali, nella febbre ed in certi altri stati complessi.

F. Parona.

VARIETÀ

Rapporto della Commissione nominata dalla Facoltà Medica di Roma per esaminare il metodo curativo della balbuzie adoperato dal sig. Chervin. — La scienza, l'arte e la filantropia possono vantarsi d'essere ingegnosamente già arrivate a lenire, in confortevole proporzione, le sofferenze de'ciechi e de'sordo-muti; ma pur troppo finora proporzionalmente altrettanto non si potea proclamare per gli infelici privati del libero esercizio della parola. Non è a dire che molti e varii metodi non sieno stati, in diversi tempi, tentati a tal fine; ma pur troppo nella generalità de' casi, gli sforzi non vennero coronati da adeguati successi.

Perciò la Commissione, penetrata della importanza del quesito si pose tosto all'opera per conoscere specialmente in modo pratico il valore, che per fama già le era conto, del metodo posto in uso dal sig. Chervin alla correzione della balbuzie.

La Commissione, a tal'uopo postasi in relazione col sig. Chervin, ebbe dalla squisita sua gentilezza ogni facilitazione per esaminare i pazienti, non che il metodo adoperato a conseguire il filantropico scopo.

Gli individui esaminati dalla Commissione prima, durante, e dopo la cura sono stati cinque:

1.° uno studente torinese d'anni 11.
2.° un ingegnere romano d'anni 30.
3.° un impiegato veneziano d'anni 40.
4.° un impiegato savojardo d'anni 36.
5.° un cuciniere di Fano d'anni 22.

Qual più, qual meno, tutti si trovarono dotati di una grande suscettibilità nervosa e d'intelligenza sviluppata, colla respirazione in complesso abbastanza regolare, forse leggermente sotto la normale in tre: uno ci presentò un legger grado di strabismo divergente, e tutti assenza di vizii organici apparenti negli organi diretti dalla loquela, all'infuori di un minimo grado di assimetria nelle parti orali e facciali in uno.

In tutti cinque esisteva distintamente balbuzie, in due particolarmente notevole. Il difetto in tutti era accompagnato in v. rio grado nell'atto della balbuzie, da moti coreiformi de' muscoli della faccia,

che nel citato ragazzo apparivano anche nei momenti di retta pronuncia e nel silenzio.

In un solo la balbuzie ebbe dell' ereditario, dal lato della madre: in un altro fece seguito ad un accesso eclampsico, in due a spaventi, in fine in un altro a paura e insieme ad imitazione.

In tutti il difetto cominciò dai primissimi anni di vita, descrivendo una linea ascendente per alcuni anni, e quindi discendente, marcandosi più forte la decrescenza in uno, che a tal'uopo diresse con prolungata ed intelligente attenzione i suoi sforzi

In tutti il vizio era maggiore nel conversare che nel leggere; più grave, secondo essi affermavano, nelle circostanze di concitazione dello spirito, nei momenti di soggezione, o di mal' essere fisico.

Varia si presentò la balbuzie ne' pazienti esaminati: si ebbe la forma inspiratoria, l'espiratoria, quella detta per ripetizione e per esitazione: le lettere o le sillabe in cui l'inciampo apparve maggiore nella pronuncia furono per ciascuno da 3 a 4, e pigliate in insieme, specialmente le seguenti: ch: cr: la: m: n: p: s: sa: t; in uno si trovò grande l' esitazione, cioè stentava assai ad incominciare un discorso, sebbene una volta incamminato procedesse abbastanza facile.

Riesaminati i pazienti dopo 10 giorni di cura, si trovarono assai migliorati tanto nel leggere che nel conversare, purchè le operazioni di emissioni della voce e di articolazione si compissero un po' a rilento e come in tempi misurati.

Alla fine della cura, cioè dopo 20 giorni, i medesimi non ci offersero quasi più traccia di balbuzie, quantunque la lettura e la parlata si eseguisse da loro nei modi abituali a tutti.

Nell' occasione di quest' ultimo esame fu presentato alla Commissione dal sig. Chervin un altro impiegato poco più che trentenne, che da un anno era stato da esso curato e guarito di discreto grado di balbuzie, come esso raccontava: ebbimo in lui a verificare completa assenza dell'antico difetto: confessa però esso che se per un momento si dimenticava dei precetti contro la balbuzie, tornava, sebbene in modo non grave, ad inciamparvi: lo stesso affermarono i cinque pazienti da noi esaminati, mentre concordi esaltavano l' efficacia della fatta cura; per cui con ragione a meglio completare e rinfrancar questa, lo stesso Chervin li consigliò ad insistere negli sforzi intelligenti diretti a tal' uopo.

Il metodo messo in esecuzione dal sig. Chervin ad ottenere sì brillante risultato, e che la Commissione ebbe agio di esaminare a lungo durante la cura, nel fondo non è nuovo, perchè si riassume nella educazione e nella ginnastica della respirazione e degli organi addetti alla articolazione della voce, ma sempre pregevolissimo e degno di lode, perchè meglio semplificato e fisiologicamente ordinato con rapida efficacia pratica.

Il metodo quanto sarebbe difficile a renderlo per iscritto altret-

tanto torna breve e facile ad apprendersi praticamente: in esso entra per buona parte il lato soggettivo del curante, il modo de' gesti, dei moti varii della lingua, delle labbra, l'intonazione della voce: sotto quest'aspetto si potrebbe quasi dire un metodo per imitazione.

Il balbuziente vien chiamato ad articolare successivamente una serie di lettere, specialmente consonanti, sillabe, parole, periodi, il tutto in vario ed ingegnoso modo combinato, in tempi variamente ravvicinati, ma quasi musicalmente misurati col ritmo del gesto e della voce del curante, trasformato quasi in maestro di musica.

La lenta e variata cantilena cadenzata, a cui viene esercitato il balbuziente, raggiunge lo scopo col rafforzare ed armonizzare il meccanismo della voce e della parola, e col fargli nello stesso tempo padroneggiare il più possibile il suo lavoro psichico.

Laonde in considerazione della ragionevolezza, semplicità e rapida efficacia del metodo del sig. Chervin per la cura delle balbuzie, la Commissione unanime esprime la sua piena approvazione al metodo medesimo non che alla maniera, con cui da esso vien posto in opera.

Roma addì 6 aprile 1875.

Il Presidente della Commissione

(Firmato) prof. *Carlo Maggiorani*
(Firmati) prof. *Todaro* e prof. *Moriggia* relatore

Cotone jodato del dott. De-Catani. — Dal concetto della facoltà assorbente del cotone, il dott. Nicolò De-Catani di Spalato ha ideato un nuovo modo di usufruirlo come involvente dei medicamenti, specialmente gasosi.

Incominciò dall'jodio. — Pose in un vaso, chiuso ermeticamente, alcuni pezzi di jodio metallico e una certa quantità di cotone cardato; questo andò mano mano colorandosi, dal giallo più o meno pallido al giallo bruno intenso. Questo cotone così impregnato di jodio egli applicò in moltissimi casi di linfoadenomi, di ipertrofia della tiroidea, di intasamenti articolari nelle varie forme di artrite cronica, ecc. in tutti quei casi insomma in cui è indicata una medicazione locale jodica; e asssicura di averne ottenuto risultati soddisfacentissimi.

Egli si propone di studiare l'applicazione del cotone come involvente anche di altri medicamenti oltre l'iodio e ne spera buon esito.

È certo che qualora questa preparazione farmaceutica rispondesse alle esigenze dalla terapia, avrebbe un'immenso vantaggio di proprietà e di comodità sulle pomate, linimenti, lozioni, empiastri d'ogni genere che soglionsi impiegare per queste medicazioni locali.

La vaccinazione in China. — I chinesi praticavano già la vaccinazione nel sesto secolo dell'era cristiana, e il primo saggio di inoculazione venne praticato su un bambino dell'imperatore e riuscì

perfettamente. I medici chinesi innestavano il virus, dopo averlo disseccato e ridotto in polvere, con un tubo d'argento nella narice sinistra per i bambini maschi e nella destra per le femmine.

Narrano i giornali chinesi che i missionarii francesi mandarono in Europa i più precisi particolari su questa operazione fino dal 1779; parrebbe dunque che quando Jenner nel 1776 pubblicava la sua scoperta, il processo della vaccinazione fosse già conosciuto in Europa (*Revue de therap.* 1875 N. 10).

Responsabilità professionale. — Nel marzo 1872 il dottor Davey fu chiamato a prestare soccorso ad una partoriente affetta da sifilide; ignorando tale particolarità Davey, che portava una lieve escoriazione all'indice, ne fu inconsciamente sifilizzato. Continuando ad attendere ai suoi incumbenti professionali, assistette nel parto una signora Simpson, cui nel travaglio successe una piccola lacerazione del perineo; tale lacerazione non guariva mai e l'ammalata ne soffriva. Se non che più tardi insorse una distinta eruzione di sifilide secondaria. Qualche tempo prima anche nel dott. Davey si erano manifestati dai fenomeni secondarii. Questi spiegò allora a madama Simpson ed a suo marito il proprio stato e il male che involontariamente aveva comunicato alla sua cliente. In seguito a ciò, per una convenzione, il dottore fu obbligato a curare gratuitamente la malata fino alla sua completa guarigione, da dichiararsi da un perito competente ed imparziale. — Alla fine del 1873 la signora Simpson, scontenta del dott. Davey per la sua negligenza, gli intentò un processo. Ma il lato interessante di questo fatto, dal punto di vista medico, è la difficoltà di riconoscere un ulcero sifilitico su un dito. Innanzi apparisse l'eruzione cutanea, Davey aveva consultato Jonathan Hutchinson, uno dei primi sifilografi di Londra, il quale non seppe dichiararsi sulla natura dell'ulcera dell'indice. I medici chiamati dalla parte civile, Coulson e Cristoforo Heath, furono d'accordo con Hutchinson circa tale difficoltà. La conformità di giudizio tra i medici periti diede luogo ad un concordato; pel quale Davey consentì a pagare 500 lire sterline (L. 12,500) a madama Simpson, per non avere adempito alla primitiva convenzione. Il giudice osservò che Davey, quantunque e legalmente e moralmente non colpevole, fece bene a indenizzare madama Simpson del male che per inavvertenza gli aveva recato, ed espresse il desiderio che la sua carriera medica non ne soffrisse.

I medici inglesi fecero una sottoscrizione in favore di Davey per attestargli la loro simpatia e per indenizzare lo sventurato collega della perdita di denaro (valutata a L. 50.000) e di tempo che gli costò questo brutto accidente.

L'atmosfera dei teatri. — Il *Journal de Saint-Petersbourg* riproduce i seguenti dati interessanti, ottenuti dal dott. Hübner, dalle

sue esperienze sull' alterazione progressiva dell' atmosfera nella sala del teatro Maria in una sera di rappresentazione.

L'esperienza ebbe luogo il primo dicembre, in un palco di seconda fila posto di fronte alla scena. La temperatura si elevava di quarto in quarto d' ora, quantunque il movimento del pubblico, che usciva dal teatro negli intermezzi, dovesse contribuire a rinfrescare l' aria. All' alzarsi del telone la temperatura segnava 18° centig., saliva a 24° alla fine del primo atto, ed a 25° al principiare del secondo. L'indice igrometrico si innalzava meno rapidamente, pure in due ore aveva aumentato del 30 per 100 e alla fine del quarto atto segnava un considerevole aumento in confronto dell' aria esterna. Giusta le osservazioni igrometriche fatte al principio dello spettacolo, l'umidità atmosferica nella sala del teatro era del 40 al 60 per 100, vale a dire corrispondente all'umidità degli appartamenti più salubri e meglio aereati. Alla fine dello spettacolo essa toccava gli 85, lo che corrisponde alla condizione igrometrica degli appartamenti malsani.

Per quanto riguarda la saturazione dall'aria per l'acido carbonico, essa già al secondo atto oltrepassava di sei volte la quantità normale di questo gas nell'aria respirabile ed era di 1,9 per mille metri cubi; alla fine dello spettacolo essa toccava i 4,3 per mille, che costituisce un'alterazione dell'aria respirabile tale da produrre un'azione tossica sui polmoni degli individui abituati a respirare un' aria pura.

Nuovo giornale. — Diamo anche noi il benvenuto alla *Rivista Sperimentale di freniatria e di medicina legale.* — Direttore professor cav. Carlo Livi e redattori dott. Augusto Tamborini ed Enrico Morselli. — Conta molti dei più valenti cultori delle indicate specialità, fra cui l'illustre prof. Carrara. Il primo numero ricco di memorie originali veramente pregievoli e illustrate da bellissime tavole e di una scelta rivista di giornali ed opere ci offre un saggio assai splendido del valore di questo giornale.

Sottoscrizione ad azioni di L. 3 cadauna per l' associazione al romanzo del dott. G. N. Cenni (1).

	Ammontare Azioni	N. 31	L. 93
Dott.	Ferrini di Tunisi (Algeria) . . .	» 2	» 6
»	Tagliabue di Torno (Lago di Como) .	» 1	» 3
»	N. N.	» —	» 2.50
»	A. Porta di Como	» 1	» 3
»	C. Antongina	» 1	» 3
»	A. Fumagalli	» 1	» 3
»	E. Ferrari	» 1	» 3
»	A. Della Bocca	» 1	» 3
»	A. Zanardi	» 1	» 3
			L. 122.50

(1) Vedi questi *Annali*, fascicolo di febbraio 1875.

— Essendo in corso di stampa il romanzo del dott. **Cenni** si avvisano tutti i sottoscrittori che nel prossimo mese sarà loro spedita copia. Invitiamo nello stesso tempo tutti quei medici che desiderano compiere un atto di benevolenza verso il collega colpito da grave infermità, di voler trasmettere la quota di sottoscrizione nel più breve tempo, per evitare una spesa superflua nella tiratura delle copie.

Necrologia. — Il 30 scorso aprile moriva in Torino il dottor **Carlo Ferreri**, vittima della scienza e dell'arte pel bene dell'umanità sofferente. A Torre-Pellice (Pinerolo) manifestavasi e prontamente estendevasi il tifo petecchiale. Vi giungeva da Londra il giovane dottor **Malan** e volonteroso accingevasi ad assistere i propri compaesani; ma in breve assalito esso pure del morbo ne periva. Vi occorreva il dott. **Laura Secondo**, incaricato di esaminare le condizioni del paese e di suggerire i più opportuni provvedimenti; ed a sua volta contraeva la terribile malattia e ritornato a Torino vi passava lunghi giorni di estrema angoscia. Per terzo il dott. **Carlo Ferreri** non esitò ad accettare così grave e pericoloso mandato; e ritornava a Torino il 15 aprile lieto e soddisfatto della compiuta missione; ma all'indomani fu assalito dal morbo fatale che lo trasse alla tomba. Non aveva che 27 anni; nacque a Carrù; studiò medicina a Torino, fu a Roma assistente alla clinica medica dell'illustre prof. Maggiorani.

I professori dell'Università, i colleghi Torinesi e gli studenti di medicina desiderando attestare la loro ammirazione pel generoso collega morto sul campo di battaglia, iniziano una sottoscrizione per porre nel camposanto torinese una lapide che ricordo ai posteri l'eroico sacrificio della vita.

Monumento Burci. — Ad iniziativa della Società medico-fisica fiorentina è aperta una sottoscrizione per raccogliere la somma occorrente a scolpire l'effigie del prof. Senatore **Carlo Burci**, in un busto da porsi nel museo patologico di Firenze

Nomine e Onorificenze. — Regie Università. Bologna: fu nominato Assistente alla cattedra d'Anatomia normale il dott. Peli Francesco. — Catania: Settore anatomico il dott. Vacca Domenico. — Cagliari: Assistente alla Clinica ostetrica il dott. Zedda Battista. — Messina: Settore anatomico il dott. Soraci Giovanni. — Napoli: Coadiutore alla Clinica delle malattie sifilitiche e cutanee, il dott. De Sanctis Francesco, ed Assistente il dott. Salicone Giacinto; Assistente alla 1.ª Clinica Medica il dott. Salvi Vincenzo, e alla 2.ª il cott. Bianco Errico; alla Clinica Oftalmica il dott. Germano Alfonso; Coadiutori alla Clinica Ostetrica il dott. Ranieri Eteocle, e dott. Rafaele Eduardo, ed Assistente il dott. Carpentieri Alfonso; Coadiutore al Gabinetto d'Anatomia um. il dott. Labello Domenico. — Padova: a professori straor-

dinari il dott. Frari Michele per l'Ostetricia e Clinica relativa, e il dott. Tebaldi Angelo per la Clinica delle malattie mentali. — Assistente al Gabinetto di Anatomia fisiologica il dott. Pietra Raimondo. — Parma: A professori straordinari di Patologia generale il dottor Luciani Luigi. — Pavia: Assistente alla Clinica Oculistica il dott. Guaita Luigi. — Roma: A professori straordinari il cav. Giuseppe Gerolami per la Clinica delle malattie mentali e il dott. Pasquali Ercole per l'Ostetricia; Assistente alla Clinica Oculistica il dott. Bonagente Romolo; al Gabinetto di Fisiologia e Anatomia Comparativa il dott. Colasanti Giuseppe; Assistente alla Clinica Medica il dott. Murri Augusto; alla Clinica Chirurgica il dott. Durante Francesco; preparatore nel Gabinetto Zoologico e Zootologico, il dottor Incoronato Angelo. — Sassari: A Direttore della scuola di Farmacia il prof. Gianetti Carlo. — Siena: A professore straordinario di Zoologia e Anatomia Comparativa il dott. Quadri Achille. — Torino: a professore ordinario di Chimica generale e Direttore del relativo Gabinetto il cav. Rossi Antonio; Assistente alla Clinica Chirurgica il dott. Novaro Giacomo; al Gabinetto di Fisiologia il dott. Fubini Simone. — Il dott. Macari Francesco, da diversi anni professore straordinario di Ostetricia nella R. Università di Modena, a professore ordinario nella medesima.

— Siamo lieti di annunziare che il senatore prof. Luigi Porta, membro del R. Istituto Lombardo, il 13 aprile p. p., è stato nominato *Membro onorario* della Reale Società Medico-Chirurgica di Londra.

— La Facoltà Medico Chirurgica della R. Università di Torino ha delegato a rappresentarla in Forlì, nella solenne funzione d'inaugurazione del monumento pel grande anatomo-patologo Morgagni, i chiarissimi professori Pacchiotti e Bizzozzero; e la Facoltà modenese ha il chiarissimo cav. prof. Giovanardi.

Pel concorso alla cattedra d'Anatomia patologica vacante nella R. Università di Catania, è stata nominata la Commissione esaminatrice nelle persone dei chiarissimi professori Tommasi-Crudeli dell'Università di Roma, membro del Consiglio Superiore e presidente, Schrön dell'Università di Napoli, Taruffi di Bologna, Brunetti di Padova e Todaro di Roma. — Gli esami si faranno in Roma, come pure in essa farannosi quelli per la vacante cattedra di clinica medica e patologia medica speciale nella R. Università di Cagliari, dei quali daremo a suo tempo maggiori notizie.

La Direzione ringrazia gli Autori dei seguenti libri ed opuscoli ricevuti in dono.

Baccelli. — La malaria. Agli allievi ed uditori della clinica medica Romana. — Roma 1875.

Barduzzi. — Sui restringimenti del retto di natura sifilitica. Milano 1875.

Belluzzi. — Intorno al parto prematuro artificiale. — Bologna 1875.

Berruti. — Ospizio Marino Piemontese. — Anno IV. Relazione sanitaria ed amministrativa per l' anno 1874 del Comitato Direttivo all' Assemblea generale dell' 11 aprile 1875. Torino 1875.

Berrutti. — La sterilità in rapporto alla moderna terapia. — Prelezione al corso libero di ginecologia e pediatria nella R. Università di Torino per l'anno 1875. Torino 1875.

Bianchetti. — Contribuzione allo studio degli essudati pleuritici. Padova 1876.

Bomba. — Resoconto quinquennale del Comitato Ligure di vaccinazione animale. Genova 1875.

Bottini. — Conservazione di organi umani e patologici. Torino 1875.

Burci. — Lezioni sulla cura chirurgica delle ernie addominali sciolte e strangolate e più specialmente della erniotomia.

Caccialupi. — Statistica demografica. — I centenari. — Milano 1875.

Chiarleoni. — Il biennio clinico 1873-74 nella R. Scuola di Ostetricia di Milano diretta dal prof Domenico Chiara. Milano 1875.

Ciniselli. — Sulla elettrolisi applicata alla cura di tumori di varia indole. Bologna 1875.

De Bernardi. — Nozioni di idroterapia razionale. Torino 1874.

Dobell. — On winter cough, catarrh, Bronchitis, emphysema, asthma: a course of lectures delivered at the Royal Hospital for diseases of the chest. Third and enlarge edition, with coloured plates. London 1875.

Franchini. — Dell'uso dello zafferano nel vajuolo. Padova 1875.

Fonssagrives. — Principes de thérapeutique genérale. Paris 1875. Un volume di pag. 472.

Gigante Re. — Ragguaglio clinico dello spedale civico di Licata nell' anno 1874. Licata 1875

Haussemann. — Parasites des organes sexuales femelles de l'homme et de quelques animaux, avec une notice sur le developpement de l' oidium albicans traduit par le doctor P. E. Watther. — Paris, libraire Baillière et fils 1875.

Keineke. — Compendio delle operazioni e fasciature chirurgiche — traduzione autorizzata con note del dott. G. F Novaro. — Torino. Loescher 1875.

Landi. — In morte del prof. Carlo Burci, Pisa 1875.

Landi. — Legatura dell'arteria iliaca interna per ferita di un ramo della glutea. Firenze 1875.

Lanzillotti-Buonsanti e *Pini.* — Dizionario dei termini antichi e moderni delle scienze mediche e veterinarie. — Esce per dispense di 3 fogli al prezzo di una lira. — Milano, tipografia Vallardi.

Luton. — Injections sous-coutanees.

Lépine. — De la localisation dans le maladies cérébrales .— Thése de concours d'agregation. Paris 1875.

Liebmann. — Beitrag zur Frage von der Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutter. Triest 1875.

Liebmann. — Cenni clinici intorno ai primi studii del cancro del collo uterino. — Memoria presentata alla Società ostetrica di Londra nella tornata del 3 marzo 1875. Venezia 1875.

Maggiorani. — Sulla coincidenza di perturbazioni del magnetismo terrestre e di attacchi nervosi. — Sui dati fisiologici della trasfusione del sangue. — Fisiologia della catalessi. — La funzione del nervo spinale illustrata da un caso clinico. — Roma 1875.

Maragliano. — La febbre. — Prelezione ad un corso libero di patologia generale nella R. Università di Genova. Milano 1875.

Martinez del Rio. — Apuntes sobre la raspa de la cavitad uterina. Mexico 1874.

— Notizie statistiche intorno agli ammalati curati nell'Istituto oftalmico di Milano, dal 16 maggio 1874 al 1.° aprile 1875. Milano 1875.

Pierazzini. — Della difterite. Pontedera 1873.

Pini. — Le scuole pei rachitici in Milano. Milano 1875.

— Rapporto della Commissione nominata dalla Facoltà Medica di Roma per esaminare il metodo curativo della balbuzie adoperato dal signor Chervin. — Roma 1875.

Rezzonico. — Rendiconti dell'ufficio di astanteria medico-chirurgica e di accettazione dell'Ospitale Maggiore di Milano, per gli anni 1872-73, con una prefazione del medico-capo dott. Carlo Zucchi.

Rivola. — Sulle inoculazioni ipodermiche, lettera al signor L. G. S.

Rovida, — Intorno all' azione del Jaborandi (dall'« Osservatore ») 1875.

Schivardi. — La medicazione pneumatica e gli apparecchi per la stessa dal dott. Waldenburg. Milano 1875

Simone. — Istruzione popolare sulla difterite. Napoli 1875

— Statuto organico e regolamento sanitario-amministrativo per l'Istituto oftalmico di Milano. Milano 1874.

Szmethanovies Sandor s. k. — Nagytekintetü Orvostanàri testület, tekintetes orvon testületek és egyesek! csanàdmegyében, Battongan 1875 évi márciusbé 26 an.

Thiemesse et Casse. — De l'oxigene comme antidote du phosphore. Bruxelles 1875.

Toscani. — L'epidemia di vajuolo in Roma dal 1.° gennajo 1871 al 30 giugno 1873 e le pubbliche vaccinazioni nella stessa città durante il venticinquennio 1848-1872. Roma 1874.

Valerani. — Di alcune operazioni praticate con la galvano-caustica. Torino 1875.

Valette. — Clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu de Lyon. — Un vol. di pag. 720 con figure. Paris 1875.

Verardini. — Di un idrotorace e di un ascesso polmonare guariti collo svuotamento. Bologna 1875.

Visconti. — Nota clinica sull' azione dell' Jaborandi. Milano 1875.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Malachia De-Cristoforis.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Fig. 1.ª

Fig. 2.ª

Fig. 6.

Fig. 7

Fig. 8.

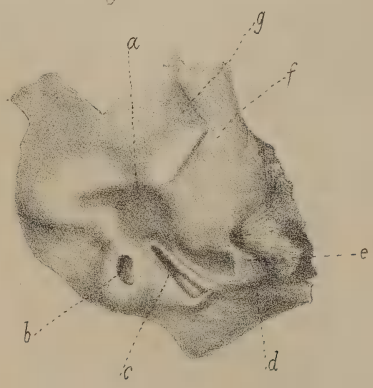

Fig. 11

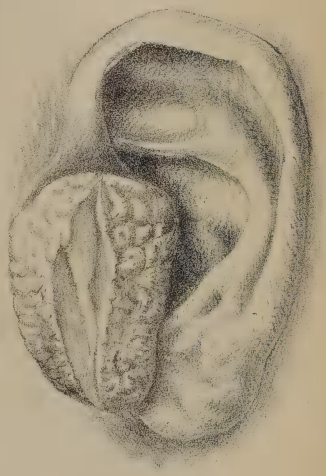

Fig. 9.

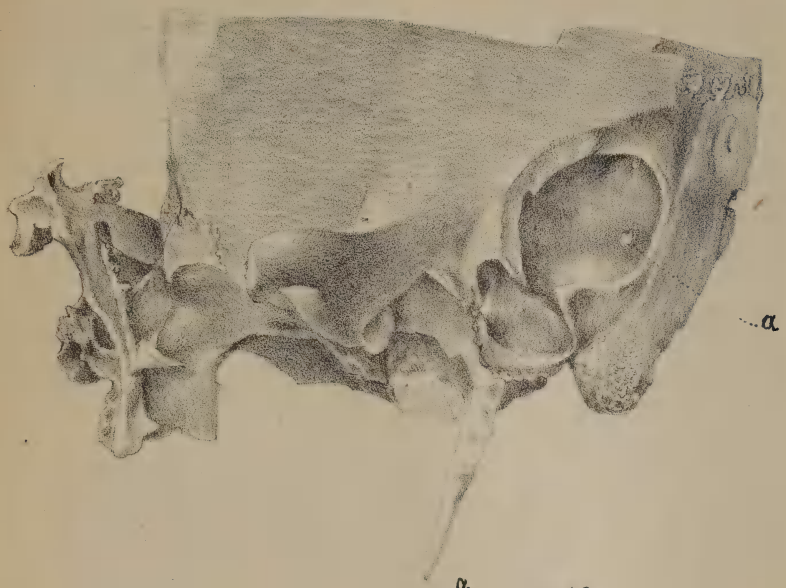

Fig. 10

PARAVISO

STABILIMENTO D'ACQUE MINERALI

SOLFO-FERRUGINOSE

IN VALLE INTELVI

Lo Stabilimento viene aperto il 12 Giugno.

Per le informazioni dirigersi a Barilani R. Domenico in Paraviso.

I Conduttori, **Fratelli Barilani.**

FUSIO

STAZIONE FRESCA ED OPPORTUNA

ALLA CURA DEL LATTE

Leggesi nella Gazzetta Medica di Lombardia:

Amena località situata in valle Lavezara, Canton Ticino, a 1281 metri sul livello del mare, ci è grato di potere dar loro la notizia che, appunto mercè le cure del signor Dazio, consigliere Cantonale del Ticino, si è attivato un servizio di *Diligenze* che, da Bignasco, (ove arriva la Diligenza federale che parte due volte al giorno da Locarno) mettono direttamente a Fusio; per cui il passaggiero non ha più la seccatura di dover provvedersi del mezzo di trasporto.

Crediamo utile il ripetere che Fusio per la sua posizione topografica, oltre al presentare il vantaggio della frescura e di una amena ubicazione, offre al botanico, al mineralogista, al pittore di paesaggio un campo vasto e svariato di escursioni che può appagare il desiderio degli studiosi; che offre un mezzo comodo e facile per la cura del latte, essendo stazione estiva di mandre numerosissime; che l'Albergo di Fusio offre tutto il *confort* possibile; che la cordialità squisita degli abitanti incoraggia a frequentarlo.

Persuaso che le nostre raccomandazioni possano valere a far meglio conoscere quell'amena ed incantevole località, e che continuerà ad aumentare l'affluenza che l'anno scorso si iniziò con molto contento e soddisfazione dei concorrenti stessi, facciamo voti perchè anche il sig. Dazio continui in quelle migliorie coraggiosamente iniziate e prosegua a coltivare quei progetti, che effettuati, rendano ancora più agevole l'accesso al suo bel paese nativo.

GRANDE STABILIMENTO IDROTERAPICO

PRESSO CANNOBIO (Lago Maggiore)

LA SALUTE

(Aperto dal 15 Maggio al 15 Ottobre).

Diretto dal prof. **Nicolis Ignazio**, *dal dott.* **Nicolis Alberto** *dal dottor* **Ferdinando Fossati Barbò**, *proprietario.*

Tariffa. — Come dal seguente specchio, la modicità dei prezzi della pensione giornaliera assicura al proprietario di essere onorato oltre ai suesposti, anche per questi, di numerosa clientela.

La pensione giornaliera compreso alloggio, servizio, colazione alla forchetta e pranzo è nel mese di maggio di L. **6. 50** — Giugno L. **7** — Luglio e Agosto L. **8** — Settembre L. **7** — Ottobre L. **6. 50**.

La pensione pei fanciulli minori degli anni dodici, tutto compreso, è dalle L. **4. 50** alle L. **5. 50**

Persone di servizio, compreso il vino, L. **5**.

Per le camere con vista verso il lago, havvi l'aumento di L. **1**. — Consultazione ed assistenza medica L. **10**.

Abbonamento ai Bagni Idroterapici al giorno L. **1. 50**. — Servizio di coperte, lenzuoli e spugne Cent. **50**.

Per gli esterni si distribuiscono i Biglietti per Bagni a L. **10** alla Dozzina.

Bagni medicati od a vapore L. **1. 50** cadauno.

È uno dei migliori Stabilimenti Idroterapici d'Italia; e per la sua posizione e per il modo particolare con cui è diretto e per la gaja società che lo frequenta; è da raccomandarsi specialmente agli ipocondriaci, agli stanchi della vita, a tutto l'immenso stuolo dei ricchi blasès.

LANDERDOF. Sui danni delle applicazioni della tintura d'arnica » 313
HAGEN. Osservazioni sull'acido fenico quale antiflogistico . » 314
WINDELBAND. Injezione d'acqua calda per arrestare l'emorragia uterina . . . . . » 314
GUILLAUMENT. Cura delle piaghe atoniche e delle ulcerazioni croniche col solfuro di carbonio . . . . . » 315
MICHEL. Del solfuro di carbonio nel trattamento esterno delle ulcerazioni croniche . . . . . » 315
GONTIER. Della cura del tetano traumatico coll'idrato di cloralio » 316
BERGERON. Il cloroformio nella chirurgia dei bambini . . » 316
GREENWAY. Cura della pneumonite coll'acido fenico . . » 317
RITTER. Modificazione delle orine sotto l'influenza dell'acqua carica di protossido d'azoto, od acqua ossiazotica . . . » 317
A. C. Mezzo semplice e rapido per far scomparire gli ingorghi lattei precursori degli ascessi della mammella . . . » 318
LENDER. Produzione artificiale d'ozono . . . . . » 319
LENDER. Purgante aggradevole . . . . . » 319

Vajuolo e Vaccinazione. Rivista del dott. Felice Dell'Acqua . » 320
ORSI. La vaccinazione. Consigli e Norme della Commissione centrale vaccinica di Ancona . . . . . » 320
ORSI. Il vajuolo e la vaccinazione nella Provincia di Ancona, 1871-72 . . . . . » 321
ORSI. La vaccinazione ed il vajuolo nella Provincia di Ancona, 1873 . . . . . » 321
NOLLI. La discussione sulla vaccinazione animale fatta presso la R. Accademia di medicina di Torino nel 1871, e le esperienze comparative sul vaccino animale e sull'umanizzato praticate nel triennio 1871-73 da apposita Commissione torinese . . . » 322
TOSCANI. L'epidemia di vajuolo in Roma dal 1.° gennajo 1871 al 30 giugno 1873 e le pubbliche vaccinazioni nella stessa città durante il venticinquennio 1848-72 . . . . . » 324
ORSI. Il vajuolo e la vaccinazione. Ai medici ed alle famiglie » 325
ORSI. Dell'importanza di rinnovare il germe delle vaccinazioni in Italia . . . . . » 328
FRANCHINI. Dell'uso dello zafferano nel vajuolo . . . » 330
BOMBA. Resoconto quinquennale del Comitato ligure di vaccinazione . . . . . » 331

Rivista Ginecologica pel dott. Mangiagalli . . . . » 334
BERRUTI. La sterilità in rapporto alla moderna terapia . » 335
TERRILLON. Disordini della menstruazione in seguito a lesioni chirurgiche e traumatiche . . . . . » 336
WRIGHT. Vaginismo . . . . . » 337
GUIBOUT. Trattamento degli scoli vaginali . . . . » 338
GUÉRIN. Della metrite parenchimatosa acuta . . . . » 338
WOODBURY. Dell'applicazione locale dell'acido nitrico nell'endometrite del collo e del corpo . . . . . » 339
SIREDEY. La febbre puerperale non esiste . . . . » 340
WINCKEL. Due casi di ematocolpo ed ematometra in causa di atresia del terzo medio della vagina, guariti colla punzione » 342
ORY. Lacerazione completa del perineo, perineorafia praticata con successo . . . . . » 342
DEMARQUAY. Nuovo processo operatorio della fistola retto-vaginale . . . . . » 343
RUGGI. Nuovo isterotomo . . . . . » 344
AMUSSAT. Trattamento dell'epitelioma del collo dell'utero colla galvano caustica termica . . . . . » 345
HENNEBERG. Sul trattamento del carcinoma del collo uterino colla soluzione alcoolica di bromo . . . . . » 345
OBERDUCHT. Sull'amputazione del collo dell'utero . . . » 345

DEMARQUAY et SAINT-VEIL. Sui polipi fibrosi ad apparizione intermittente . . . . . » 346
JOURESTIÉ. Di alcuni accidenti consecutivi alla compressione incompleta della vescica e del retto per parte dei fibromi uterini interstiziali . . . . . » 347
GUÉNIOT. Ablazione di certi polipi dell'utero; semplificazione operatoria . . . . . » 347
SCARENZIO. Polipo uterino esportato mediante la legatura elastica » 348
HILDEBRANDT. Sul trattamento dei fibromi e miomi uterini mediante le injezioni ipodermiche di ergotina . . . . . » 348
MARTIN. Sulla enucleazione dei miomi interstiziali del corpo dell'utero . . . . . » 349
GOMMI. Enucleazione di un tumore della cavità dell'utero e studio fisio-patologico sulle alterazioni della sensibilità e del movimento, sintomatiche delle malattie uterine . . . . . » 352
LAWSON TAIT. Grosso fibro-mioma del fondo de l'utero operato con successo . . . . . » 353
WOOD. Estirpazione dell'utero per tumori . . . . . » 353
TUNHELME. Estirpazione di un tumore fibro-cistico dell'utero insieme all'utero ed alle sue appendici . . . . . » 353
BASCHIEBI. Contributo anatomo-patologico clinico del cistovario » 353
SPANTIGATI. Sopra alcune osservazioni di tumori ovarici . » 354
POULET. Tumore cistico dell'ovaio preso per una gravidanza uterina; ovariotomia nel periodo ultimo; morte per spossamento » 355
KEITH. Sulle cisti ovariche suppuranti . . . . . » 355
CHAMPBELL. Caso di cisti attaccata ad un rene, simulante una cisti ovarica: esportazione del rene: guarigiane . . . » 356

Analisi bibliografica

CORRADI. Trattato sulle malattie degli organi orinarii . . » 357
HANCOCK. Anatomia e chirurgia del piede umano . . . » 368
LUTON. Traité des injections sous cutanees à effet local . . » 372

Varietà

Rapporto della Commissione nominata dalla Facoltà Medica di Roma per esaminare il metodo curativo della balbuzie adoperato dal sig. Chervin. — Cotone jodato del dott. De-Catani. — La vaccinazione in China. — Responsabilità professionale. — L'atmosfera dei teatri. — Nuovo giornale. — Sottoscrizione ad azioni di L. 3 cadauna per l'associazione al romanzo del dott. G. N. Cenni. — Necrologia. — Monumento Burci. — Nomine e Onorificenze. — Libri ed opuscoli ricevuti in dono . . . . » 376

☞ **Preghiera di spedire i giornali di cambio come tutto quanto concerne la Redazione a Milano — Via Monforte N. 14.**